Nr. 14. 6. kwietnia 1930. Rok IX.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Elżbieta HOENLÓWNA. Lwów.

O niektórych własnościach farmakodynamicznych wyciągów z gruczołów płciowych żeńskich.

Z Instytutu farmakologji doświadczalnej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. W. Koskowski.

Od kilkudziesięciu lat zwracano uwagę na wpływ gruczołów płciowych na całokształt życia ustroju. Starano się bliżej określić ten wpływ, opierając się na badaniu działania ciał czynnych, tych gruczołów na ustrój żywy. Dla oceny wpływu tych gruczołów na ustrój próbowano z początku używać metod morfologicznych, badając efekt działania wyciągów jajnikowych na kształtowanie się drugorzędnych cech płciowych. W tym celu wstrzykiwano te wyciągi kastratom i starano się w ten sposób utrzymać drugorzędne cechy płciowe, oraz wprowadzano je zwierzętom młodym i dorosłym w celu sztucznego przyspieszenia zjawiska dojrzałości lub rui. Obok tego próbowano jeszcze używać metod fizjologicznych, badając n. p. wpływ wyciągów z gruczołów płciowych na przemianę materji (Loewus i Richter). Z badań tych oraz z badań późniejszych Veila i Bohna 1), wynikło, że wyciągi z gruczołów płciowych podwyższają przemianę materji 2).

Badano również wpływ tych wyciągów na przemianę gazową (Weil, Liebhart) — próbowano stosować wyciągi jajników u szczurów Veer A. de 3) i in. i stwierdzono, że po podskórnem wstrzyknięciu eterowego wyciągu świeżych jajników szczurom obu płci, zjawiało się podwyższenie przemiany gazowej, objawiające się głównie zwiększonem zapotrzebowaniem tlenu.

Stwierdzono również, że pod wpływem preparatów jajnikowych. zdolność przewodzenia mięśnia wzrasta (Pregl i Zoths).

Z innych metod należałoby wymienić jeszcze próby oznaczenia zawartości hormonu we krwi na podstawie badań krwi: odkryto mianowicie, że jajniki produkują ciała hamujące limfocytozę (Marschall, Heimann) 4), a dalej badano działanie antagonistyczne hormonu płciowego żeńskiego na narządy płciowe męskie i przekonano się że follikulina stosowana u samców działa destrukcyjnie na jądra (Laqueur, Fels, Reprich i in.) 5). Podobnie, zdaniem Hermanna, ma działać substancja uzyskana z ciałka żółtego lub z łożyska 6).

Badano też wpływ hormonu jajnikowego na wzrost i kształt nierozwiniętej jeszcze miednicy 7). Zauważono mianowicie, że pod wpływem hormonu jajnikowego nierozwinięta miednica królików użytych do doświadczeń, stawała się podobna do dorosłej. Kąt spojenia łonowego, który u królików liczących. 5—12 tygodni wynosi 58—75° stawał się pod wpływem wstrzykiwań wyciągów jajnikowych bardziej zbliżony do kąta prostego i wynosił 75—90°. Kąt spojenia łonowego u zwierząt dorosłych i normalnych wynosi 110—120°.

Wyciągi z całego jajnika i z ciałka żółtego działają, zdaniem Athiasa, pobudzająco na izolowaną macicę zwierząt normalnych i kastrowanych 8).

Najlepsze stosunkowo wyniki dawała metoda badania swoistego działania follikuliny na narządy płciowe żeńskie. Brano pod uwagę tutaj przedewszystkiem zmiany zachodzące w błonie śluzowej pochwy 9). Stwierdzono mianowicie, przedewszystkiem, że istnieją pewne wahania w ilości warstw nabłonka pochwy już w warunkach normalnych, oraz że różnice te pogłębiają się po kastracji — przyczyną zaś jest brak bodźców hormonalnych.

U zwierząt normalnych można cykl oestralny podzielić na 2 okresy: 1) okres rui. (*oestrus*) i 2) okres spoczynku, (*dioestrus*). W okresie rui nabłonek charakteryzuje się większą ilością warstw niż w okresie spoczynku.

Po kastracji różnice te staje się znaczniejsze — ilość warstw opada do 2 tylko, a następnie pod wpływem follikuliny wzrasta aż do wysokości odpowiadającej okresowi rui.

Od czasu prac Longa, Evansa 10), Stockarda i Papanicolaou, poznano i drugie kryterjum działania hormonu pęcherzykowego na pochwę szczura.

Autorowie ci odkryli mianowicie, że ruja u szczura charakteryzuje się, prócz innych objawów, również i zmianą natury wydzieliny pochwowej: wydzielina ta w okresie rui składa się z komórek zrogowaciałych, w okresie zaś spoczynku z leukocytów i komórek nabłonkowych jądrzastych. Można więc zapomocą metody t. zw. *„frottis"*, polegającej na zbieraniu wydzieliny pochwowej przy pomocy drucika platynowego, owiniętego watą, a następnie jej badaniu, określać okresy rui, lub spoczynku.

Należałoby jeszcze uzgodnić, czy hormon pęcherzykowy i hormon ciałka żółtego to substancje różne, czy też identyczne. Zdania autorów wypadają sprzecznie.

Zondek, Herrmann 11), 12), Aschheim 13) i in. przyjmują, że istnieje tylko jeden hormon jajnikowy. Hormon ten znajduje się, zdaniem tych autorów, w pęcherzykach Graafa, w ciałku żółtem, wodach płodowych, łożysku, przysadce mózgowej i we krwi kobiet.

Inni autorzy (Prenant, Courrier 14), Belov, Kiutsi, Seitz, Laqueur, Fingerhut, Keller, Leo Loeb, Pearl, Surface, Johnston 15), Sould, Papanicolaou 16), Gley 17), Keller i in.), przyjmują natomiast, że istnieją dwa hormony jajnikowe — jeden który się tworzy w pęcherzykach Graafa i drugi który się tworzy w ciałku żółtem. Prawdopodobniejszą jest hipoteza druga ze względu na pewien antagonizm istniejący w działaniu hormonu ciałka żółtego i follikuliny. Nie tylko bowiem swoiste działanie na cykl życia płciowego obu tych hormonów jest antagonistyczne, lecz i działanie wyciągów z tych narządów na inne fizjologiczne objawy — jak n. p. na ciśnienie krwi jest różne — przyczem wyciąg z ciałka żółtego obniża, wyciąg z pęcherzyków podwyższa ciśnienie krwi, jak to udowodnił w swej pracy Below 18).

Autor ten odnosi wszystkie zaburzenia jakie zachodzą w ustroju kobiecym podczas miesiączki i ciąży do *hyper* — lub *hypo*-funkcji ciałka żółtego, względnie pęcherzyka Graafa i określa je jako *hyper* — względnie *hypoluteinismus* i *hyper* — względnie *hypo-ovariismus*.

Zajmowano się również kwestją, w jaki sposób ciałko żółte przeszkadza owulacji, czy przez zahamowanie wzrostu pęcherzyków — czy też przez uniemożliwienie pękania ich.

Loeb 19), na podstawie swych badań nad stosunkiem ciałka żółtego do owulacji, przyjmuje, że ciałko żółte nie przeszkadza dojrzewaniu pęcherzyków Graafa, lecz nie pozwala na pęknięcie już dojrzałego, nie wyklucza jednak, że wycięcie ciałka żółtego wywiera pewien wpływ przyspieszający na dojrzewanie pęcherzyków. W przeciwieństwie do tego Herrmann i Stein 20) przyjmują, że właśnie hormon ciałka żółtego działa pobudzająco na czynność pęcherzyków w okresie wzrostu, nie pozwalając jedynie na pęknięcie pęcherzyka dojrzałego.

Gley 12 i 22), na podstawie swych badań, również wyraźnie podkreśla antagonizm jaki zachodzi w działaniu tych dwóch hormonów: hormonu ciałka żółtego i follikuliny. Autor ten zauważył mianowicie, że samiczki szczura, które codziennie dostawały hormon ciałka żółtego, nie wykazywały objawów pochwowych rui, w preparatach zaś histologicznych z narządów samiczek, które od 12 dni nie wykazywały objawów rui, zauważył zmiany takie same, jakie występują u kastratów, a więc:

macica: pomniejszona, błona śluzowa atroficzna, komórki nabłonkowe niższe i bez mitoz, gruczoły pomniejszone;

pochwa: nabłonek złożony z dwu warstw; warstwa powierzchowna przedstawia zmiany śluzowe;

jajniki: w nich zauważył zwolnienie rozwoju pęcherzyków, ich zwyrodnienie luteinowe oraz brak pęcherzyków dużych. Z badań swych wysnuwa Gley taki wniosek: follikulina czyli „hormon wzrostu", wytwarzany w dojrzałych pęcherzykach Graafa powoduje w cyklu oestralnym normalnym wzrost nabłonka pochwy, błony śluzowej i gruczołów macicy. Zaś drugi hormon, hormon ciałka żółtego wywiera hamujący wpływ na rozwój pęcherzyków tak długo, dopóki ciałko żółte nie zdegeneruje. Wskutek tego wpływu hamującego przychodzi do zmniejszenia się follikuliny we krwi — co objawia się początkiem zmian wstecznych w przewodzie płciowym. Doświadczalnie można tę czynność ciałka żółtego sztucznie przedłużyć i osiągnąć zmiany,

podobne do zmian występujących u kastratów. I odwrotnie, jak to uzyskał w swych doświadczeniach na świnkach morskich Léo Loeb, można przez wycięcie świeżo utworzonego ciałka żółtego bezpośrednio po rui przyspieszyć następną o kilka dni.

Do tych samych wyników doszedł Gley i w drugiej serji swych badań 23) nad hormonem ciałka żółtego.

Postaram się w kilku punktach ująć treść tej ciekawej pracy i jej wyniki:

Hormon uzyskiwał z ciałka żółtego własną metodą i nazwał go lutéocrininą. Doświadczenia wykonywał na szczurach. Za kryterja wstrzymania owulacji uważał metodę *frottis* i zmiany odpowiadające okresowi spoczynku a nawet kastracji w obrazach histologicznych narządów płciowych.

Doświadczenia podzielił na dwie grupy:

1) zniknięcie zupełne rui i

2) zaburzenia objawiające się opóźnieniem rui w przypadku użycia za małej dawki.

Dawki lutéocrininy były stosowane podskórnie. Zniknięcie zupełne rui następowało zwykle u szczura ważącego 150—200 g po dawce odpowiadającej 5 g świeżego ciałka żółtego świnki morskiej. Czasem dawka znacznie mniejsza wystarczała do zatrzymania rui. Tłumaczy to Gley dwoma hipotezami: 1) istnieje różnica w uczuleniu indywidualnem szczurów na hormon, 2) czynność produktów jest różna, zależnie od tego, czy ciałko żółte pochodzi od świnki ciężarnej, czy nie.

Ciałko żółte ciąży prawdopodobnie bogatsze jest w hormon, niż ciałko zwykłe.

Drugą hipotezę uważa Gley za prawdopodobniejszą. Tak metodą *frottis*, jak i badaniem preparatów histologicznych z narządów zwierzat, które dostawały codziennie wstrzykiwania lutéocrininy — uzyskał Gley te same wyniki, co w pracy wyżej wspomnianej. We wnioskach fizjologicznych rozpatruje Gley główne cechy cyklu oestralnego u kobiety — wyodrębniając dwie fazy tego cyklu:

a) fazę pęcherzykową, trwającą od pierwszego dnia miesiączki do 18 dnia, charakteryzującą się dojrzewaniem pęcherzyka Graafa, oraz wzrostem gruczołów macicy i wzrostem błony śluzowej macicy i pochwy;

b) fazę luteinową, trwającą od chwili pęknięcia pęcherzyka aż do ukazania się następnej miesiączki, zaznaczającą się w jajnikach tworzeniem się ciałka żółtego perjodycznego.

W macicy gruczoły przestają wzrastać — współczynnik mitotyczny spada do zera, komórki gruczołów zmieniają się w komórki śluzowe, równocześnie komórki łącznotkankowe przekształcają się w komórki, zbliżone do komórek błony doczesnej ciąży.

Zjawiska fazy pęcherzykowej są spowodowane przez follikulinę, zjawiska fazy luteinowej zaś przez hormon ciałka żółtego.

Już Allen i Doisy wykazali, że follikulina powoduje wzrost komórek nabłonka pochwy u szczura; Benkan, Champy i Keller 24) udowodnili, że ten hormon też powoduje pomnożenie komórek nabłonkowych błony śluzowej i gruczołów macicy; Champy i Gley wykazali, że pod wpływem wodnych wyciągów ciałka żółtego następuje silne zagęszczenie błony śluzowej macicy, podobne do zagęszczenia tej błony u pewnych gatunków, szczególnie u kobiet, na końcu fazy luteinowej.

Wszystkie te prace, wraz z najnowszemi doświadczeniami pozwalają rozpoznać zmiany cykliczne przewodu płciowego żeńskiego jako zmiany, wywołane przez działania następujące po sobie dwu hormonów, wytwarzanych w jajniku.

Na końcu porusza Gley jeszcze kwestję, czy łożysko samo zdolne jest wytwarzać hormony, czy też tylko może je gromadzić — a jedynem miejscem wytwórczem dla hormonów jest jajnik.

Ponieważ ciałko żółte ciąży zanika u kobiety już w piątym miesiącu ciąży, — a we krwi ciężarnych znajdują się obydwa hormony, — możnaby więc przypuścić, że tak hormon ciałka żółtego, jak i hormon pęcherzyka Graafa wytwarzane są przez łożysko. Mało jest prawdopodobne przytem, żeby follikulina mogła się wytwarzać podczas ciąży w jajnikach, — bo jest rzeczą udowodnioną, że jajniki, poddane stałemu działaniu hormonu ciałka żółtego nie mogą wytwarzać follikuliny. Również i rolę wytwarzania luteocrininy po zdegenerowaniu ciałka żółtego przyjmuje prawdopodobnie na siebie łożysko. Przypuszczenia te potwierdzają doświadczenia, w których udało się przez równoczesne podawanie follikuliny i luteocrininy wywołać u samiczek kastrowanych stan macicy podobny do stanu macicy ciężarnej. Ten sam efekt uzyskano przez zastosowanie u samiczek kastrowanych wyciągu z łożyska. Inni autorzy, w pracach swych nad czynnością ciałka żółtego, otrzymali również wyniki, zgodne z wynikami doświadczeń powyższych (Parkes, Bellebry *Studies on the internal secretions of the ovary. The oestrus inhibiting function of the corpus luteum)*.

Johnston i Gould *(The corpus luteum as the source of the follicular hormone. Surg. gynecol. a. obstetr.* 1926) wstrzykiwali kastrowanym szczurom wyciągi z ciałek żółtych, sporządzone metodą Doisy, Ralls'a, Allena i Johnstona i stwierdzili zupełny brak wpływu na cykl rui szczura kastrowanego i na wielkość narządów płciowych u młodych królików, mimo, że stosowali 20—100 krotne dawki w porównaniu do czynnych dawek follikuliny. Również nie zauważono zahamowania działania równocześnie podanego wyciągu z pęcherzyków Graafa przez wyciągi z ciałek żółtych. Różny stan dojrzałości ciałek żółtych nie wpływał na wyniki.

W przeciwieństwie do tego Frank 29), Gustawson, Holloway, Hyndman, Krueger i White wykazali, że od sposobu sporządzenia wyciągów i od fazy rozwojowej użytych ciałek żółtych zależy rodzaj otrzymanych preparatów. Wyciągi z ciałek żółtych, będących w stadjum pełnego rozkwitu względnie w stadjum zanikania dają, zdaniem tych autorów, ruję — natomiast wyciągi z ciałek żółtych, będących w stadjum wzrostu, okazały się niedziałające. Ponieważ, jak twierdzi Frank i jego współpracownicy, jeden i ten sam hormon znajduje się w płynie pęcherzykowym, w ciałku żółtem, łożysku i krążącej krwi, proponują używać, zamiast dotychczas używanego określenia „hormon pęcherzykowy“ — określenie: hormon płciowy żeński. Trias gruczołów, produkujących hormon, t. j. pęcherzyk Graafa, ciałko żółte i łożysko radzą objąć wspólną nazwą: *„the gestational gland“*.

Doświadczenia Zondeka 30) i Aschheima również zdają się wykazywać obecność hormonu wywołującego *oestrus* w ciałku żółtem. W szeregu wykonanych doświadczeń, otrzymano następujące wyniki: ciałko żółte, wzięte na kilka dni przed miesiączką i wszczepione kastrowanej myszy do mięśni uda, okazało się bogate w hormon i wywoływało w pochwie zmiany, odpowiadające okresowi rui. Ciałko żółte, wzięte po miesiączce okazało się nieczynne. Ciałko żółte ciąży, zaszczepione kastrowanej myszy wywołuje cykl oestralny w typowy sposób, zawiera więc hormon. W ciąży hormon obecny jest w jajnikach i w łożysku, poza ciążą tylko w jajnikach.

Inaczej nieco kwestję tę ujmuje Cotte i Pallot 31). Autorowie ci robili doświadczenia następujące: ciałka żółte ludzkie, uzyskane drogą operacyjną, dzielili na dwie części; połowę wszczepiali normalnemu, połowę kastrowanemu szczurowi. Ciałko żółte, wzięte po upływie 15 dni po ostatniej miesiączce, wywierało u szczura normalnego hamujący wpływ na ruję, u szczura kastrowanego nie można było stwierdzić wpływu żadnego. Ciałko żółte, pochodzące mniej więcej z okresu 11—13 dni po miesiączce przyspieszało ruję u szczura normalnego, u kastrowanego wywoływało 1—2 okresów rui. Stan ten szybko przemijał w miarę dojrzewania wszczepionych ciałek żółtych, których działanie stawało się teraz przeciwne działaniu pierwszemu. Z doświadczeń tych wysnuwa autor wniosek, że ciałka żółte młode zawierają jeszcze pewną niewielką ilość hormonu wywołującego ruję, zaś w ciałkach żółtych starszych jest zawarty inny hormon jajnikowy, który owulację hamuje.

Z doświadczeń Courrier'a i Masse'a 32), również wynika, że follikulina nie jest identyczną z hormonem, ciałka żółtego. Doświadczenia te polegały na próbach zastąpienia hormonu ciałka żółtego follikuliną u samiczek kastrowanych w 5 dni po *coitus*. Autor wychodził z założenia, że gdyby follikulina była identyczną z hormonem ciałka żółtego, to potrafiłaby zastąpić nieobecne ciałka żółte w ich wpływie na błonę śluzową macicy i umożliwiła przyjęcie zapłodnionego jaja. Tymczasem wynik doświadczeń był ujemny. Wpływ follikuliny na błonę śluzową macicy był ledwie zaznaczony, silny natomiast był wpływ ten na warstwę mięśniową macicy i pochwy. Autor wnioskuje więc, że ciałka żółte powodują przedewszystkiem wzrost nabłonka macicy, gdy tymczasem rozwój mięśni macicy stoi w związku z działaniem hormonu pęcherzykowego. Autor uważa za prawdopodobne, że poronienia, które są spowodowane przez wstrzykiwanie follikuliny, należy odnieść właśnie do tego wpływu follikuliny na mięśnie macicy.

Champy 34) i Keller na podstawie doświadczeń, badając działanie wyciągów wodnych i lipoidowych z jajników, pęcherzyków Graafa, ciałek żółtych i łożyska, doszedł do przekonania, że mamy do czynienia z dwoma różnemi substancjami.

z których jedna, nazwana przez nich „hysterythryna" jest rozpuszczalna w wodzie i wrażliwa na gorąco, zawarta jest w ciałku żółtem i łożysku, na nabłonek macicy wywiera swoiste działanie, przygotowujące go do przyjęcia zapłodnionego jaja; druga substancja, rozpuszczalna w tłuszczach, t. zw. „hysterauxina" obecna jest w soku pęcherzykowym i w łożysku, pobudza wzrost narządów płciowych żeńskich.

Schübel 35) zbadał działanie systomenzyny, preparatu sporządzonego z ciałek żółtych i stwierdził, że preparat ten u zwierząt kastrowanych wywołuje wzrost macicy i ruję.

Bronha i Simonnet 33) sporządzali wodne wyciągi z ciałek żółtych własną metodą. Preparat w proszku, w zupełności rozpuszczający się w wodzie nie działa na ciśnienie krwi i nie ma własności trujących. 1 gram proszku odpowiada 50 g ciałka żółtego świeżego. Podskórnie 3 razy dziennie wstrzykiwali różne dawki hormonu. Otrzymali następujące wyniki:

a) Wyciągi ciałka żółtego rozpuszczalne w wodzie mogą w odpowiednich dawkach znieść cykl rujowy u szczura.

b) Przy użyciu dawek mniejszych spostrzegamy zniknięcie rui i ukazanie się stanu podobnego do pseudo-ciąży.

c) Wyciągi te nie wywierają żadnego anabolicznego działania na drogi płciowe i gruczoły mleczne zwierząt kastrowanych, nawet, jeżeli poprzednio wstrzyknie się dostateczną ilość follikuliny, wystarczającą do wywołania rui.

d) Wyciąg wstrzyknięty równocześnie z follikuliną nie przeszkadza temu hormonowi ujawniać swego działania u zwierzęcia kastrowanego.

Prócz tych prac, zajmujących się głównie czynnością hormonu ciałka żółtego, pojawiały się równocześnie prace, 25, 26, 27, 28) poświęcone wyłącznie działaniu hormonu pęcherzykowego. Wstrzykiwano płyn z pęcherzyków Graafa, względnie wyciągi z jajników świń, — i uzyskiwano u myszy i u szczurów kastrowanych typowe objawy rui. Przerost przewodu płciowego, uzyskany pod wpływem stosowania tych wyciągów, równa się maxymalnemu, jaki można osiągnąć u zwierząt normalnych, pod wpływem jajników.

Zauważono też, że 3—4 dawki po 1 ccm czynnego wyciągu stosowane parenteralnie co 4—8 godzin wywołują objawy rui mniej więcej w ciągu 48 godzin po zastosowaniu dawki pierwszej. Również udało się u niedojrzałych kastrowanych zwierząt wpłynąć stosowaniem follikuliny na rozwój drugorzędnych cech płciowych. Badano i działanie wyciągów z ciałek żółtych w tym kierunku, jednak bez jakichkolwiek dodatnich wyników.

Ponieważ z cyst jajnikowych również można uzyskać czynną treść, możliwe jest, że przeciągająca się ruja, w pewnych patologicznych przypadkach zależna jest od działania tych cyst. 36, 38).

Myśl tę bliżej rozpatrzył Moulonguet 37). Postępował w ten sposób: za pomocą punkcji wydobywał zaraz po operacji płyn z torbieli jajnikowych, i w kilka godzin później wstrzykiwał kastrowanym szczurom. Po 48 godzinach zabijał zwierzęta i badał odczyn pochwowy. Część ściany torbieli poddawał również badaniu histologicznemu. Wyniki miał następujące: z 11 torbieli jajnikowych, 6 zawierało treść wywołującą ruję u szczura kastrowanego, 5 okazało się nieczynnych. Z 6 torbieli czynnych, 3 okazały się typowemi torbielami pęcherzykowemi, składającemi się z dwóch warstw komórek, przyczem warstwa wewnętrzna składała się z warstwy ziarnistej, zewnętrzna z osłonki pęcherzyka. Jedna torbiel składała się również z 2 warstw komórek, przyczem warstwa wewnętrzna była grubsza niż w przypadkach poprzednich, zaś warstwa zewnętrzna była utworzona z komórek podobnych do komórek luteinowych. Reakcja pochwowa wypadła w tym przypadku słabo dodatnio.

Następna torbiel była pokryta cienką warstwą endoteljalną, pod którą znaleziono kilka pęcherzyków komórek osłonkowych. I wreszcie torbiel ostatnia z tych 6 czynnych pokryta była komórkami wodniczkowemi, w których znajdowały się lipoidy izotropowe. Składała się z warstwy wewnętrznej wielowarstwowej i zewnętrznej osłonkowej. Z 5 torbieli nieczynnych 2 okazały pochodzenie od ciałka żółtego, młodego typowego, jedna była torbielą ciałka żółtego ciąży, i dwie torbiele trudne do morfologicznego klasyfikowania. W tych wszystkich przypadkach torbieli nieczynnych płyn był samorzutnie skoagulowany.

Loewe i Lange 39), a następnie Laqueur 40) i in. starali się zbadać działalność hormonu przy wprowadzeniu doustnem. Przy tym sposobie wprowadzenia musiano stosować dawki dwudziesto- a nawet sto-krotne dawek parenteralnych, przyczem zauważono znaczne różnice we wrażliwości poszczególnych gatunków na ilość wprowadzonego hormonu. I tak naprzykład u myszy wystarczała dawka doustna 11 razy większa od podskórnej, u szczurów natomiast trzeba było użyć dawki stokrotnej dla uzyskania tego samego efektu. Pozatem działanie dawki doustnej nie różniło się od działania dawek parenteralnych, a więc powodowało:

1) wywołanie objawów rui,

2) wzrost macicy,

3) działanie destruktywne na gruczoły płciowe męskie,

i 4) działanie pobudzające na gruczoły sutkowe.

Oczywiście, zależnie od tego, który z tych objawów zamierzano wywołać, wysokość dawek i okres czasu, przez jaki je stosowano był różny.

Próbując ilościowo określić hormon, stwarzano różne jednostki. Już Allen i Doisy jako „jednostkę mysią" określili tę najmniejszą ilość wyciągu zawierającego hormon, która u kastrowanej myszy wywołuje w pochwie zmiany, odpowiadające okresowi rui. „Jednostka szczurza", według Doisy, Rallsa, Allena i Johnstona jest to najmniejsza ilość substancji zawierającej hormon, która u kastrowanego szczura wagi od 140—200 g wywołuje w pochwie zmiany, odpowiadające okresowi rui. Według Laqueura „jednostkę mysią" hormonu stanowi ta najmniejsza ilość „menformonu" która najmniej u dwóch z trzech kastrowanych myszy wywołuje w 72 godziny po ostatniem wstrzyknięciu wyraźne cykliczne zmiany w nabłonku pochwy. „Jednostka szczurza" jest według Laqueura cztery razy większa od „jednostki mysiej".

Według innych „jednostkę szczurzą" stanowi najmniejsza ilość, która wywołuje *oestrus* u 50% kastrowanych szczurów. (Coward and Burn) 41).

Autorzy ci nie znajdują różnicy między jednostką szczurzą a mysią. Dowodziłoby to, że wielkość dawki, stanowiącej jednostkę, od wagi zwierzęcia nie zależy. Rodzaj injekcji (podskórnie czy wśródotrzewnowo, w 1 lub 3 dawkach) również, zdaniem tych autorów, na efekt działania nie wpływa. Inni badacze, jak już wyżej o tem wspomniałam, są przeciwnego zdania. Autor angielski Dods, sporządził własną metodą z łożyska preparat, rozpuszczalny w wodzie, o dużej sile działania, — przyczem zauważył, że jednorazowe wstrzyknięcie pozostawało bez efektu, ta sama zaś ilość, rozdzielona na trzy dni i wstrzykiwana 2 razy dziennie wywoływała pełny *oestrus*.

Amerykańscy autorzy, Bugbee i Simond 42), przyjmując jednostkę szczurzą Allena i Doisy, starali się określić różne preparaty jajnikowe na zawartość hormonu. Zebrano szereg doświadczeń, z których okazało się, że nie wszystkie preparaty jednakowo długo zachowują swoją aktywność. Pozatem i to nie jest obojętne, w jakim roztworze zastosuje się hormon: w oliwnym, kolloidalno-wodnym czy też czysto wodnym. W dalszym ciągu swej pracy podają autorzy kilka wskazówek praktycznych, dotyczących wieku, żywienia, badania normalnego przebiegu cyklu oestralnego u zwierząt wybranych do doświadczenia przed kastracją — i kontroli kastracji po operacji. Przy wartościowaniu roztworów oliwnych radzą autorzy dodawać podskórnie 3 dawki co 4 godziny; przy wartościowaniu roztworów kolloidalno-wodnych, względnie czysto wodnych 8 dawek podskórnych, po 4 dawki dziennie.

Oestrus wywołany przez hormon, powinien, według tych autorów, wystąpić w 48—52 godz. po pierwszym wstrzyknięciu i trwać kilka godzin.

Do podobnych wyników doszli i inni autorzy, którzy badali wpływ hormonu pęcherzykowego na cykl oestralny u szczura. Ponieważ wyniki mniej więcej są we wszystkich tych pracach zgodne, ograniczę się tylko do wymienienia nazwisk autorów, którzy się tą kwestją w ostatnich czasach zajmowali, podkreślając jedynie rzeczy nowe i wyniki różne od dotychczasowych:

Zondek i Aschheim 43), Loeb i Kountz 44), Bronha i Simonnet 45) i 46), Dickens, Dodds i Wright 47), Steinach, Heinlein i Wiesner 48), Hart, de Jongh, Laqueur i Wijsenbeek 49), Ralls, Jordan, Heusinkveld i Doisy 50), Zondek i Aschheim 51), Wiesner 52), Laqueur i Jongh 53), Bencan, Champy i Keller 54), Tuisk 55), Slonaker 56), Carminati 57), Bochardt, Dingemanse, Jongh i Laqueur 58), Kochmann 59), Fraenkel, Fels i Slotta 60), Horneffer i Lutz, Frank i Goldberger, Ebhardt i Klaus.

Z innych prac ciekawą jest praca Courrier 61, 62), zajmująca się działaniem follikuliny na cykl oestralny u jeża. Jeż ma tylko 2 razy do roku okresy rui — jego narząd płciowy jest tylko w letniej porze czynny — w zimie przechodzi w stan spoczynku. Wskutek tego w okresie letnim nabłonek pochwy

jest bardzo gruby, w zimie przechodzi niejako w stan zaniku. Jeżeli w tym okresie wstrzykniemy follikulinę, wówczas nabłonek zmienia się tak, jak i u innych zwierząt pod wpływem wyciągów z pęcherzyków Graafa i w błonie śluzowej pochwy zachodzą zmiany, charakterystyczne dla okresu rui. W następnej pracy 62) zbadał Courrier zdolność przechodzenia hormonu z ustroju matki przez łożysko do ustroju płodu i wywoływaniu zmian w nabłonku pochwy płodu. Doświadczenia swoje przeprowadził autor na śwince morskiej ciężarnej, która na 4 dni przed porodem dostawała codziennie wstrzykiwanie follikuliny. Z dwu młodych zabito jedną samiczkę. Komórki nabłonka pochwy były w porównaniu do samiczki kontrolnej wybitnie pomnożone.

Na innych kryterjach działalności hormonu oparł się Watrin 63). U młodych niedojrzałych płciowo szczurów, w 24 godziny po wstrzyknięciu 2—3 ccm płynu z pęcherzyków następuje silne przekrwienie pochwy i przepełnienie krwią więzadeł szerokich. Wątroba, nerki i śledziona stają się cięższe o 1/2 poprzedniej wagi. Próbowano również wstrzykiwać białko i surowicę błoniczą, ale nie otrzymano przekrwienia. Działanie więc rozszerzające naczynia ma być swoistem działaniem soku z pęcherzyków Graafa.

Doświadczenia Courrier'a 64) zdają się wykazywać, że obecność dojrzałego pęcherzyka nie jest konieczną do pojawienia się rui. U świnki morskiej, która miała obydwa jajniki torbielowato zwyrodniałe i nie posiadała ani pęcherzyków Graafa ani ciałek żółtych, przewód płciowy znajdował się w fazie pęcherzykowej. Również w normalnych, nie patologicznych warunkach, można zaobserwować podobny przypadek. Mianowicie u nietoperza *(Vesperugo pipistrellus)* zjawiska rui w błonie śluzowej pochwy występują we wrześniu, zaś dojrzewanie i pękanie pęcherzyków dopiero po śnie zimowym.

Z innych prac należałoby wymienić jeszcze prace Laqueura 65), który stwierdził, że w moczu mężczyzn znajduje się pewna ilość hormonu płciowego żeńskiego (menformonu) i to w dość znacznych ilościach — bo dochodzących do 50 jednostek mysich na litr.

Haberlandt 66), osiągnął u myszy, świnek morskich i królików trwałą lub przejściową niepłodność podawaniem preparatów uzyskanych z łożyska lub jajników zwierząt ciężarnych. Zawiązała się między Haberlandtem i Fellnerem dyskusja nad mechanizmem działania tych preparatów. Fellner jest zdania, że hormon jajnikowy, nazwany przez Fellnera „fenininą" nie hamuje dojrzewania pęcherzyków, lecz uszkadza bezpośrednio jajo. Haberlandt zaś twierdzi, że jego preparaty są zupełnie nieszkodliwe, i że przez swoiste czynne wyciągi z łożyska i jajnika, osiąga się zahamowanie owulacji. Horneffer i Lutz 67), również osiągnęli niepłodność u samiczek stosowaniem hormonów jajnikowych zwierząt ciężarnych.

Courrier 68) zajął się kwestją, poruszaną już poprzednio przez innych badaczy, a mianowicie, jaki jest mechanizm działania hormonu pęcherzykowego, wstrzykniętego ciężarnym samiczkom i wywołującego u nich poronienia. Chodziło o to, czy hormon ten wywiera wpływ hamujący na ciałka żółte ciąży, czy też poronienie jest tylko efektem zadziałania follikuliny na kurczliwość macicy. Wynik doświadczeń Courrier'a przemawia za tą drugą hipotezą.

Gsell-Busse 69), podaje jako ciekawy wynik swej pracy fakt, że cholaty, wstrzyknięte w wodnym roztworze kastrowanemu szczurowi, wywołują, podobnie jak follikulina, ruję.

Ciekawy również jest fakt znalezienia hormonu płciowego żeńskiego w roślinach, a zwłaszcza drożdżach (Loewe, Dohrn). Glimm i Wadehn 70) podają, że z drożdży można uzyskać przy odpowiednich metodach ekstrahowania 30—50 jednostek mysich na kg.

Moser 72) próbował do metod diagnostycznych stosowanych u ludzi wprowadzić metodę *„frottis"*, żeby z charakteru wydzieliny pochwowej można było wnioskować o czynności jajnika — jednak metoda ta wyników pewnych nie dawała.

Wspomnieć należałoby jeszcze o ostatnim referacie Fraenkla 71) i Laqueura 73). Fraenkel zajmuje się więcej klinicznem zastosowaniem preparatów i wyborem odpowiednich przypadków, nadających się do bezstronnego osądzania wyników. Za nienadające się do wypróbowania działanie preparatów uważa Fraenkel dysfunkcje, a za nienadające się do leczenia hormonalnego hyperfunkcje. Zaburzenia bowiem, powstałe, na tle dysfunkcji mogą samorzutnie cofnąć się, a więc nie możnaby skontrolować, czy zmiana, zaszła po stosowaniu preparatów nastąpiła *propter hoc* czy też *post hoc*. Zresztą przyczyny powstania tych zaburzeń często nie są dokładnie znane. Zaś na hyperfunkcję hormon rui i wzrostu musiałby wpłynąć ujemnie, potęgując jeszcze związane z hyperfunkcją objawy. Użyć więc można do doświadczeń tylko przypadki hypofunkcji. I tutaj stawia autor pewne warunki — usuwa mianowicie te przypadki, w których chodzi o fizjologiczne wypadnięcie, obniżenie, względnie zmianę funkcji jajników (młode dziewczęta w okresie rozwoju, położnice, kobiety w okresie przejściowym). Natomiast za jedynie nadające się do celów naukowych przypadki uważa autor hypofunkcje natury patologicznej. Działalność preparatu powinna się ujawnić przynajmniej w jednym z następujących punktów:

1) w powrocie miesiączki,

2) w histologicznej przemianie błony śluzowej macicy, charakterystycznej dla „praemenstruum".

3) w wystąpieniu przynajmniej t. zw. równoważników miesiączki,

4) w powiększeniu się macicy,

5) w wybitnym rozwoju wtórnych cech płciowych, przedtem zbyt słabo rozwiniętych.

Ze względu na działanie niszczące hormonu płciowego żeńskiego, można go stosować jeszcze w przypadkach obojnactwa i męskiego *hypergenitalismus*.

Za przeciwwskazane uważa autor natomiast używanie hormonu płciowego żeńskiego, we wszystkich przypadkach amenorhoe, powstałych na tle ogólnych schorzeń ustroju, jak n. p. przy ogólnej anemji, chorobach krwi, wyczerpaniu, gruźlicy, cukrzycy i t. p. W takich bowiem przypadkach brak krwawień jest wyrazem samoobrony ustroju i nie należy go sztucznie przerywać.

Wreszcie podaje autor wyniki leczenia preparatami jajnikowemi. Z 69 przypadków amenorrhoe zupełnej, w 19 przypadkach po stosowaniu preparatów wystąpiła miesiączka; jeśli uwzględnimy i przypadki zaburzeń, a więc zbyt rzadkie lub skąpe miesiączki — dostaniemy na ogólną liczbę 95 przypadków pewne wyniki w 29, słabe w 8, a zupełny brak w 57 przypadkach, w których mimo dużych dawek nie można było zauważyć żadnego efektu. Ogólnie więc było 39% wyników dodatnich, 61% wyników ujemnych. W przypadkach niepłodności nie osiągnięto najmniejszych wyników.

Laqueur opisuje własności biologiczne i chemiczno-fizyczne menformonu. Do własności biologicznych zalicza działanie na: 1) ruję, 2) wzrost, 3) gruczoły sutkowe, 4) przemianę materji, i 5) działanie niszczące na gruczoły płciowe męskie. Jako szóstą biologiczną własność podaje autor zupełny brak jakiegokolwiek działania szkodliwego menformonu na ustrój i brak wpływu na krążenie i oddychanie. Działanie wywołujące ruję było badane zwykłemi metodami *frottis* i obserwacją zmian, które zaszły w nabłonku narządów płciowych — t. j. w macicy i w pochwie. Ponieważ proces fizjologiczny ma stanowić w tych doświadczeniach odczynnik działania, należy możliwie dokładnie określić wszystkie warunki, które trzeba uwzględnić, a mianowicie: 1) które procesy, względnie jaki obraz mikroskopowy uważany ma być za granicę działania,

2) w jakiem stężeniu,

3) jak często ma być dawka stosowana,

4) po upływie jakiego czasu granica (próg działania) powinna być osiągnięta,

5) z powodu różnic indywidualnych u jakiej najmniejszej liczby zwierząt doświadczalnych dany odczyn musi wystąpić.

Z własności biologicznych menformonu najbardziej badaną była własność wywoływania rui u zwierząt kastrowanych, względnie starych, które od dłuższego czasu rui nie wykazywały, czy też u zwierząt młodych, przed okresem rozwoju płciowego.

Drugą własnością biologiczną menformonu jest działanie pobudzające na wzrost. Rogi macicy u zwierząt pod wpływem menformonu powiększają znacznie swoją wagę. Autor podaje w kilku doświadczeniach 20-krotny wzrost wagi rogów macicy, w innych nieco mniejszy. Ciekawy jest fakt istnienia bardzo znacznych różnic indywidualnych. Zdarzało się mianowicie, że dawki podwójne nie wywierały żadnego działania, albo bardzo małe na wzrost rogów macicy, gdy tymczasem dawki małe dawały wyraźnie dodatnie wyniki. I tak, przytacza autor fakt, w którym wstrzyknięcie 33 jednostek królikowi o wadze 700 g wywołało powiększenie wagi rogów macicy 4-krotne, zaś wstrzyknięcie 20 jednostek — 9-krotne. Wzrost, wywołany przez hormon, dotyczy trąbek, całej macicy i pochwy. Jajnik, jak stwierdzono nie ulega powiększeniu pod wpływem hormonu, a nawet dojrzewanie pęcherzyków zdaje się być zahamowane.

Wzrost gruczołów sutkowych występuje tak u samców jak i u samiczek, u których hormon codziennie po kilka jednostek stosowano. (Zwierzęciem doświadczalnem był szczur).

Działanie niszczące na gruczoły płciowe męskie: stosowaniem preparatów przez 3 tygodnie osiągnąć można zmiany wsteczne w narządach płciowych męskich.

Działanie na przemianę oddechową: Podwyższenie zarówno przyjmowania tlenu, jak i oddawania CO_2 ujawniają się tylko u kastrowanych samiczek po zastosowaniu menformonu.

Na serce i ciśnienie krwi hormon, wbrew zapatrywaniom dawniejszym, nie wpływa.

Autor wspomina jeszcze o próbach stosowania wyciągów z wątroby, zamiast menformonu. Wyciągi te jednak nie wywierały żadnego efektu ani na wzrost macicy, ani na meskie narzady płciowe. Jeśli inni autorzy osiągnęli wyniki dodatnie, to należy przypuszczać, że hormon w wątrobie był nagromadzony.

Z własności fizyczno-chemicznych wymienia autor rozpuszczalność menformonu w tłuszczach, olejach, lotnych rozpuszczalnikach i w wodzie, następnie możność dializowania, a mianowicie przez kollodium i pergamin — co świadczyłoby o tem, że substancja jest w tych rozpuszczalnikach rzeczywiście rozpuszczona a nie zawieszona lub kolloidalnie ze środowiskiem związana. Jednak tutaj czyni autor małe zastrzeżenie, odnośnie do rozpuszczalności hormonu. Rozpuszczalność ta bowiem może polegać na połączeniu z jakiemś zanieczyszczeniem — i hormon poznany chemicznie i zupełnie odosobniony może być ciałem o zupełnie innych własnościach fizycznych i chemicznych, niż nam się to dziś przedstawia. Narazie zdołano przekonać się doświadczalnie, że im substancja jest bardziej oczyszczona, tem łatwiej przechodzi do wody, w końcu nie rozpuszcza się już wcale w lotnych środkach wyciągowych, lecz tylko w wodzie.

Z dalszych cech menformonu należy jeszcze wymienić:

1) zdolność wchłaniania się, — jednak ta własność prawdopodobnie polega na zanieczyszczeniach, bo w miarę oczyszczania zmniejsza się.

następnie 2) nielotność hormonu. Hormon nie ulatnia się nawet w próżni o 15 mm Hg i podgrzaniu w oliwie do 350°. Nie można go przedestylować ani z parą wodną, ani z innemi środkami ulatniającemi się.

3) w końcu znaczna odporność hormonu na działanie wszelkich wpływów fizycznych i chemicznych, z wyjątkiem utleniania.

Klinicznem zastosowaniem preparatów jajnikowych zajął się również Zubrzycki 74). Stosował mianowicie preparaty z ciałek żółtych w formie zastrzyków jako systo i agomenzynę. Preparaty te wywierają działanie na krwawienia z błony śluzowej macicy. Systomenzyna mianowicie hamuje krwawienia pochodzenia jajnikowego. Systomenzyna zawiera luteolipoid. Agomenzyna przeciwnie posiada działanie nasilające krwawienia miesięczne, a czynną substancją w nim jest luteamina. Preparaty te stosować można również w formie kołaczyków.

Równocześnie prawie podaje Liebhart 76) wynik doświadczeń klinicznych z ago i systomenzyną „Ciba". Systomenzynę stosowano:

1) w przypadkach krwawień bez dokładnie poznanej przyczyny,

2) w przypadkach krwawień klimakterycznych,

3) w przypadkach krwawień z równocześnie istniejącemi zmianami zapalnemi w przydatkach.

W pierwszej i drugiej grupie przypadków znaczna większość wyników wypadła dodatnio, w trzeciej grupie osiągnięto natomiast najmniej wyników dodatnich.

Agomenzynę stosowano z wynikami pomyślnemi w przypadkach nieregularnych miesiączek o typie spóźniającym się i w przypadkach braku miesiączki u młodych kobiet z niedorozwiniętymi organami rodnemi.

O zastosowaniu innych hormonów, oprócz jajnikowych w przypadkach schorzeń ginekologicznych, mówi autor w następnej swej pracy 77). Dzieli schorzenia ginekologiczne na 2 grupy:

1) na schorzenia wynikłe z hyperfunkcji jajników, a więc: krwawienia maciczne, zmiękczenie kości i nadwrażliwość płciowa i

2) na schorzenia wynikłe z hypofunkcji jajników — a więc: oligo i amenorrhea, spóźnione wystąpienie pierwszej miesiączki, niedorozwój macicy, błednica, t. zw. inkretoryczna otyłość i zaburzenia w okresie przekwitania.

Zaburzenia grupy pierwszej próbuje autor leczyć hypofizyną, względnie systomenzyną, względnie wyciągiem z gruczołu mlecznego, o ile chodzi o krwawienia, jeżeli zaś chodzi o zmiękczenie kości, — to ze względu na niezupełnie poznaną etjologję — leczenie hormonalne nie jest jeszcze ustalone. Grupa druga schorzeń ze względu na to, że najczęściej jest następstwem tak zwanej wielogruczołowej niedomogi, wymaga stosowania kilku hormonów — względnie wyboru odpowiedniego. Stosuje się w tych przypadkach hormony z tarczycy, przysadki mózgowej, układu chromochłonnego, w pewnych warunkach nawet z grasicy, przedewszystkiem zaś z jajników.

W 1928 roku opisuje Keller 75), z obszernem uwzględnieniem literatury, własne doświadczenia przeprowadzone na myszach białych i królikach. Autor opiera się na badaniu zmian, które zachodzą w wydzielinie pochwowej, zbieranej metodą *frottis*. Wstrzykiwano follikulinę Zondeka, a myszom kontrolnym fizjologiczny roztwór soli. Wyniki otrzymano następujące: po wstrzyknięciu czynnej dawki follikuliny następowała zmiana wydzieliny pochwowej charakterystyczna dla okresu rui, po wstrzykiwaniach roztworu fizjologicznego soli wydzielina pochwowa pozostawała bez zmian. Autorzy ci próbowali również wstrzykiwać wyciągi z jąder, jednak wynik był ujemny. Wstrzykiwanie wyciągu z ciałek żółtych pozostawało również bez efektu. Po wypróbowaniu wyciągów z płynu pęcherzykowego i ciałka żółtego autor zajął się zbadaniem wzajemnego stosunku wydzielania dojrzałego pęcherzyka i ciałka żółtego. Wynik tych doświadczeń potwierdził wnioski innych autorów, którzy poprzednio zajmowali się tą kwestją, jak Loeb, Biedl Gley i inni. Zdaje się mianowicie nie ulegać wątpliwości działanie antagonistyczne wyciągów i pęcherzyków Graafa i ciałek żółtych. Stosowanie wyciągu z ciałek żółtych wywiera hamujący wpływ na dojrzewanie pęcherzyków Graafa a tem samem uniemożliwia wystąpienie rui. Keller przyjmuje istnienie dwóch różnych hormonów, jednego, który wywołuje u zwierząt ruję i pobudza wzrost organów rodnych, — i drugiego, wywołującego przekrwienie organów rodnych wraz ze wzmożonem wydzielaniem.

W r. 1929 ukazała się krótka notatka Zwolińskiego, mówiąca o próbach zastosowania wstrzykiwań surowicy krwi kobiet ciężarnych — kobietom, u których stwierdzono objawy zaburzeń ze strony gruczołów płciowych. Odkryto bowiem, że w surowicy krwi kobiet powyżej 4-rech miesięcy ciąży znajdują się hormony jajnikowe i hormony przedniej części przysadki mózgowej, która wpływa pobudzająco na wytwarzanie zdolnych do pękania pęcherzyków Graafa. Autor wypróbował działanie surowicy na 11 kobietach z zaburzeniami czynności jajnika i podaje, że osiągnął wyniki dobre.

Kończąc przegląd historyczny, przejdę z kolei do omówienia własnego eksperymentu.

Chcąc studjować zmiany opisywane przez autorów wyżej wymienionych — a zachodzące w nabłonku błony śluzowej pochwy, postanowiłam wypróbować działanie suchego preparatu jajnikowego Klawego „Ovarogen" na błonę śluzową pochwy szczura białego.

Chodziło mianowicie o sprawdzenie, czy rzeczywiście pod wpływem preparatów jajnikowych następuje tak znaczna proliferacja warstw nabłonka u szczurów kastrowanych, a więc pozbawionych od dłuższego czasu bodźców hormonalnych, by stan, wywołany w nabłonku pod wpływem preparatu, mógł odpowiadać stanowi nabłonka w błonie śluzowej pochwy szczura normalnego.

W tym celu używałam następujących metod:

Pierwsze doświadczenie było wykonane na 12 białych szczurach w wieku około 8 tygodni, wagi od 90—150 g. Drugie doświadczenie było wykonane na 30 szczurach w wieku około 8 tygodni, wagi od 90—150 g. Usunięcie jajników odbyło się zapomocą laparotomji w narkozie eterowej. Zwierzęta operację znosiły dobrze. Nie zaobserwowano ani jednego wypadku zapalenia otrzewnej i innych komplikacyj. Okres czasu, jaki upływał między usunięciem jajników a stosowaniem preparatów jajnikowych wynosił 6—8 tygodni.

W doświadczeniach tych używano preparatów Klawego, których jedna część odpowiadała 200 częściom gruczołu świeżego. W pierwszem doświadczeniu wstrzykiwano preparat Klawego w dawkach od 5 do 40 mg, zawieszony w 0,15 cm³ oliwy. W doświadczeniu drugiem wstrzykiwano preparat Klawego w dawkach od 2,5 do 7,9 mg.

Badanie siły działania było przeprowadzone w ten sposób, że po wstrzyknięciu w trzech dawkach co 4 godziny preparatów jajnikowych w oliwie, po 72 godzinach zabijano szczury przez skrwawienie i badano pod mikroskopem zmiany, jakie zaszły w błonie śluzowej pochwy zwierząt, które otrzymywały wstrzyki-

wania preparatu. Dla porównania badano błonę śluzową pochwy zwierząt kastrowanych — kontrolnych. Wybrano okres 72 godzin po ostatniem wstrzyknięciu, jaki pozostawiono jako czas odczynu dla błony śluzowej pochwy, opierając się na pracach autorów angielskich Cowarda i Burna, którzy stwierdzili, że po upływie takiej właśnie ilości czasu, zmiany, jakie zachodziły w pochwie po wstrzyknięciu, były zupełne.

Zestawienie I.

Ilość szczurów	Dawka preparatu w mg	cm³ oliwy	Liczba dawek	Odstępy czasu w godz.	Zabity po godz.	Zachowanie się warstw nabłonka pochwy	Uwagi
3	40	0.15	3	4	72	wielowarstw	
3	20	„	„	„	„		
3	15	„	„	„	„		
2	10	„	„	„	„		
1	10		„	„	„		jajnik zregenerował

3 szczury kastrowane kontrolne (nabłonek o bardzo nielicznych warstwach)

1 szczur normalny (nabłonek wielowarstwowy płaski)

Zestawienie II.

Ilość szczurów	Dawka preparatu w mg	cm³ fiz. roztw. NaCl	Liczba dawek	Odstępy czasu w godz.	Zabity po godz	Wyniki: Zachowanie się warstw nabłonka pochwy +	−
5	7·0	0·15	3	4	72	5	
5	6·5	„	„	„	„	Wszystkie słabo dodatnie	
4	5·0	„	„	„	„		
4	4·5	„	„	„	„		
4	4·0	„	„	„	„		
4	3·0	„	„	„	„	2 bardzo sł. dodatnie	2
4	2·5	„	„	„	„		4

Wyniki doświadczeń: Jak wskazują załączone zestawienia, odczyn pochwowy wypadł dodatnio tak w pierwszem, jak i w drugiem doświadczeniu u szczurów, które otrzymały preparat Klawego w dawkach od 4—40 mg. Dawki, w wysokości



Ryc. 1. Nabłonek błony śluzowej pochwy samiczki szczura białego normalnego.

3 mg dawały wyniki niepewne: bądź bardzo słabo dodatnie, bądź ujemne. Dawki jeszcze niższe okazały się niedziałające. Za dawkę graniczną dla tego preparatu należałoby więc uznać dawkę 4 mg. Cechą wyniku dodatniego były zmiany w błonie śluzowej pochwy. Stwierdzono mianowicie, że błona śluzowa pochwy, pokryta normalnie nabłonkiem wielowarstwowym, płaskim (Ryc. 1), u kastratów zaś nabłonkiem płaskim jedno — lub dwuwarstwowym, (Ryc. 2), stała się pod wpływem hormonu jajnikowego znowu, jak u zwierząt normalnych, wielowarstwową (Ryc. 3). Te właśnie zmiany, zachodzące w błonie śluzowej pochwy, uważano w niniejszych doświadczeniach za jedyne kryterjum działalności danego preparatu.



Ryc. 2. Nabłonek błony śluzowej pochwy samiczki szczura białego w 6. tygodni po kastracji.

Powszechnie stosowanej przez autorów francuskich i angielskich metody t. zw. *frottis*, polegającej na badaniu zmian, jakie zachodzą w wydzielinie pochwowej u szczura w różnych okresach życia płciowego, nie stosowano, gdyż uważano metodę tę za zbyt brutalną. Sam bowiem zabieg może przez podrażnienie błony śluzowej wywołać leukocytozę, charakterystyczną dla okresu spoczynku czyli diöstrus.



Ryc. 3. Nabłonek błony śluzowej pochwy samiczki szczura białego w 6. tygodni po kastracji i następnem zastosowaniu preparatu jajnikowego.

Obok zmian w nabłonku zauważono również i inne charakterystyczne dla kastratów zmiany, jak: wybitne pomniejszenie się macicy i ogólne zwolnienie wzrostu ciała w porównaniu do zwierząt normalnych.

Bardzo ciekawą jest kwestja regeneracji wyciętych jajników, a być może też obecności jajnika nadliczbowego. W niniejszych doświadczeniach u jednego ze szczurów, u którego kontrola histologiczna wykazała, że obydwa jajniki zostały wycięte, zauważono przy sekcji zwłok, obecność jajnika po stronie prawej. Prawdopodobnem jest więc, że jajnik ten zregenerował 78) i to albo z zawiązków istniejących w nabłonku otrzewnej — albo —

co jest również możliwe — z przypadkowo pozostawionej części jajnika. Oczywiście odczyn pochwowy w tym wypadku musiał wypaść dodatnio, bez względu na dawkę, bo jajnik zregenerowany wydzielał hormony, działające na błonę śluzową pochwy tak, że musiały zaistnieć warunki takie, jak u zwierząt normalnych, niekastrowanych.

Oczywiście, istnieją i u szczurów normalnych niekastrowanych pewne wahania w ilości warstw nabłonka pochwy, zależnie od różnych okresów życia płciowego. W fazie pęcherzykowej, kiedy istnieje znaczne wydzielanie follikuliny do krwi — nabłonek będzie najsilniej rozwinięty, — w fazie zaś luteinowej opadać będzie ilość warstw w nabłonku, — jednak trudno zgodzić się z twierdzeniem Courriera 79), i E. Laqueura 80), jakoby ilość warstw nabłonka mogła opaść w fazie luteinowej do 2 warstw tylko — jest bowiem rzeczą znaną, że hormon follikularny u zwierząt normalnych nigdy z krwi w zupełności nie znika.

W doświadczeniach, przekonałam się bowiem, że u szczura zabitego w 48 godzin po kastracji (Ryc. 4), nabłonek pochwy jest



Ryc. 4. Nabłonek błony śluzowej pochwy samiczki szczura białego w 48. godzin po kastracji.

wielowarstwowy. Ponieważ cykl oestralny u szczura przebiega w 2—4 dniach, więc, o ileby rzeczywiście ilość warstw w nabłonku spadała po ustaniu fazy pęcherzykowej do dwu, musiałoby się to po 48 godzinach ujawnić. Brak fazy luteinowej w danym wypadku kastracji nie wpływa na zachowanie się nabłonka pochwowego, gdyż, jak z najnowszych badań wynika 81), — brak follikuliny, a nie obecność hormonu ciałka żółtego jest przyczyną zanikania warstw nabłonkowych 82). Faza luteinowa wpływa u zwierząt normalnych tylko pośrednio na nabłonek, nie pozwalając na pęknięcie pęcherzyka Graafa 83, 84, 85 i 86) i dostanie się follikuliny do krwi.

Pozatem, jak z toku przeprowadzonych badań wynika, zmiany, zachodzące w nabłonku — nie są tak proste i należy wszystkie otrzymane wyniki przyjmować z ostrożnością i poddawać kontroli. Zachodzą mianowicie duże różnice tak indywidualne, jak i topograficzne w zachowaniu się warstw nabłonkowych u poszczególnych szczurów. Dlatego należy bardzo ostrożnie stawiać wnioski i poddawać badaniu mikroskopowemu nie kilka skrawków, lecz całą pochwę — a przynajmniej skrawki, zbierane co kilkaset mikronów.

Już u szczura normalnego można spotkać bardzo różne obrazy w preparatach, uzyskanych z tej samej pochwy. Nie jest więc rzeczą obojętną, z której części pochwy skrawek weźmiemy. Tak u szczura normalnego, jak i u szczura kastrowanego i następnie poddanemu działaniu hormonu wzrostu, spotykamy obok obszernych partji nabłonka wielowarstwowego — również i partje, pokryte nabłonkiem cztero — trzy — a nawet dwuwarstwowym. I naodwrót, u szczura zabitego w 6 tygodni po kastracji — znajdowałam w pochwie, obok partji dwu-warstwowych — także i partje, dochodzące do 4-ch a nawet 5-ciu warstw.

Obok tych różnic należy jeszcze podkreślić różnice, zachodzące w samym wyglądzie komórek nabłonkowych u szczura kastrowanego, któremu wstrzyknięto wyciąg jajnikowy — i u szczura kastrowanego kontrolnego. W pierwszym bowiem przypadku nabłonek wygląda tak, jakby jedna lub dwie warstwy powierzchowne niejako oddzielały się od warstw leżących głębiej, natomiast u szczura kastrowanego kontrolnego tego nie znajdujemy. Prawdopodobnie oddzielanie się warstw powierzchownych następuje wskutek tendencji do złuszczania się wierzchnich warstw nabłonka, charakterystycznej dla okresu rui.

Wyniki, otrzymane pod wpływem wstrzykiwań preparatu Klawego zostały następnie poddane kontroli, wstrzyknięto mianowicie szczurom kastrowanym w takich samych warunkach follikulinę Zondeka i otrzymano wyniki, zgodne z wynikami poprzedniemi.

Wnioski:

1) Użyty w doświadczeniach powyższych preparat „Ovarogen" Klawego, wywiera na organizm działanie takie, jak follikulina Zondeka.

2) Dawką graniczną dla szczura białego wagi 90—150 g, wieku od 6—7 tygodni jest dawka 4 mg.

3) Zachowanie się warstw nabłonka zależnie od miejsca, z którego wzięto skrawek, jest różne.

4) Różnice zachodzą również i w wyglądzie komórek w zależności od tego, czy oglądany preparat pochodzi z pochwy szczura kastrowanego, i nie poddanego działaniu „Ovarogenu", czy też z pochwy szczura, u którego nastąpiła proliferacja warstw nabłonka pod wpływem preparatu.

W końcu pozwalam sobie wyrazić Panu Profesorowi Dr. J. Aleksandrowiczowi oraz Panu Profesorowi Dr. A. Bantowi głębokie podziękowanie, za wskazówki i pomoc w wykonaniu preparatów histologicznych i fotografji.

Piśmiennictwo.

1) Veil W. H. und H. Bohn: Dtsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 139, 1922. — 2) Laqueur, Ernst, P. C. Hart und S. de Jongh: Verslag. d. afdeel. natuurkunde. koninkl. akad. v. wetensch.. Amsterdam 1926. — 3) Veer A.: Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 44, 1924. — 4) Heimann: Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1914. — 5) Laqueur, Hart u. Jongh: Verslag. d. afdeel. natuurkunde, koninkl. akad. v. wetensch. Amsterdam 1926. — 6) Herrmann E., M. Stein: Zentralbl. f. Gynäkol. 1920. — 7) Plaut, Rahel: Hoppe-Seylers Zeitschr. f. physiol. chem. 1920. — 8) Athias M.: Arch. internat. de pharmakodyn. et de thérap. 1921. — 9) H. Königstein: Pflügers Archiv., 1907. — 10) Long et Evans: Univ. of California, Memoires, 1922. — 1) E. Herrmann: Monatschr. f. Geburtsh. 1915. — 12) Herrmann E., u. M. Stein: Zentrabl. f. Gynäkol. 1920. — 13) Zondek B. u. Aschheim: Klin. Wochenschr. 1926. — 14) Courrier R.: Rev. franç. d'endocrinol 1925. — 15) Doisy E., J. O. Ralls, E. Allen and C. G. Johnston: Journ. of biol. chem. 1924. — 16) Papanicolaou: Journ. Amer. Med. Assoc. 1926. — 17) Pierre Gley: Journal de Physiologie 1928 — 18) N. H. Below: Monatschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1913. — 19) Leo Loeb: Zentralbl. f. Physiolog. 1912. — 20) E. Herrmann u. M. Stein: Wiener klin. Wochenschr. 1916. — 21) Pierre Gley: Cpt. rend. de la Soc. de biol. 1928. — 22) Pierre Gley: Cpt. rend. de la Soc. de biol. 1928. — 23) Pierre Gley: Journal. de Physiol., 1928, 10. V. — 24) Benkan, Champy et Keller: Cpt. rend., Biol. 1927. — 25) Doisy Eduard A., Edgar Allen, J. O. Ralls and C. S. Johnston: Journ. of biol. chem. Bd. 59. 1924. — 26) Allen Edgar., Edward Doisy, B. F. Francis, H. W. Gibson, L. L. Robertson, E. E. Golgate, W. B. Kountz and C. S. Johnston: Amer. Journ. of physiol. Bd. 68, 1924. — 27) Allan Edgar and Edward A. Doisy: Americ. journ. of physiol. Bd. 69, 1924. — 28) Allan, Edgar, B. F. Francis. Leroy L. Robertson, Cleon, Colgate, C. S. Johnston, Doisy, Kountz and Gibson: Americ. journ. of anat. Bd. 34, 1924. — 29) Frank, Gustawson, Holloway, Hyndman, Krueger and White: Endocrynology, Bd. 10. 1926. — 30) Zondek. Bernhard u. S. Ascheim: Arch. f. Gynäkol. 1925. — 31) Cotte et Pallot: Cpt. rend. Soc. biol. 1928. — 32) R. Courrier et M. Masse: Cpt. rend. Soc. biol. 1928. — 33) Brouha L. et Simmonet H.: Cpt. rend. de la Société de Biologie, 1929. — 34) Champy et Keller. Arch. de Morph. 1928. — 35) Schübel: Zur Kenntnis des Ovarialhormons. 1927. — 36) Papanicolaou S. N. and N. F. Blau: Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. 21, 1923. — 37) Moulonguet. — 38) Courrier: Cpt. rend. de la Soc. biol. 1928. — 39) Loewe, S., F. Lange u. W. Faure: Die Wirksemkeit des Zyclushormon bei peroraler Zuführung. — 40) Laqueur, Ernst,

u. S. S. de Jongh: Klin. Wschr. 1928. — 41) Katharine H. Coward and J. H. Burn: The journal of physiology, 1927. — 42) Bugbee, S. P.. and A. S. Simond: J. americ. pharmaceut. Assoc. 1928. — 43 Zondek B. und Aschheim S.: Klin. Wochenschr. 1925. — 44) Loeb L., and W. B. Kountz: Americ. journ. of physiol. 1928. — 45) Bronha L., et H. Somonnet: Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. 1925. — 46) Bronha L. et H. Simonnet: Cpt. rend. de la Soc. de biol. 1925. — 47) Dickens, Dodds and Wright: Biochem. journ. 1925. — 48) Steinach, Heinlein u. Wiesner: Pflügers Arch. 1925. — 49) Hart, de Jongh, Laqueur Wiisenbeek: Dtsch. med. Wochenschr. 1925. — 50) Ralls, Jordan, Heusinkveld and Doisy: Journ. of biol. chem 1926. — 51) Zondek, Aschheim: Klin. Wochenschr. 1926. — 52) Wiesner: Klin. Wochenschr. 1926. — 53) Laqueur, Hart, Jongh: Lancet. 1927. — 54) Bencan, Champy et Keller: Cpt. rend. Soc. biol. 1927. — 55) Tuisk: Journ. of physiol. 1927. — 56) Slonaker: Americ. journ. of physiol. 1927. — 57) Carminati Valentino: Endocrinol. e patol. constitut. 1927. — 58) Bochardt, Dingemause, Jongh und Laqueur: Nederlandschtijdschr. v. geneesk. 1928. — 59) Kochmann: Ueber weibl. Sexualhormone. Würzburg. Abl. 1928. — 60) Fraenkel, Fels u. Slotta: Ueber das weibliche Sexualhormone. 1927. — 61) Courrier R.: Cpt. rend. de la Soc. biol. 1924. — 62) Courrier: Cpt. rend. hebdom. des séances de l'acad. des sciences. 1924. — 63) Watrin J.: Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. 1925. — 64) Courrier R.: Cpt. rend. de la Soc. de biol. 1928. — 65) Laqueur, Dingemause, Hart i Jongh: Klin. Wschr. 1927. — 66) Haberlandt L.: Wien. klin. Wochenschr. 1928. — 67) Horneffer, Lutz: Klin. Wschr. 1928. — 68) Courrier R.: Cpt. rend. de la Soc. de biol. 1928. — 69) Gsell-Busse: Pflüg. Arch. 1928. — 70) Glimm E. u. F. Wadehn: Biochem. Zeitschrift, 1928. — 71) Fraenkel: Arch. f. Pathol. u. Pharmakol. 1928. — 72) Moser: Untersuchungen über cyklische Veränderungen. 1928. — 73) Laqueur: Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. 1928. — 74) Zubrzycki: Pol. Gaz. Lek. 1927. — 75) Keller: Ginekol. Pol. 1928. — 76) Dr. Stan. Liebhart: Pol. Gaz. lek. 1927. — 77) Dr. Stan. Liebhart: Pol. Gaz. Lek. 1928. — 78) Pallot, Hanson, Frank Blair and Florence Heys: Proc. of the Soc. f. Exp. Biol. a Med. Bd. 25. 1927. — 79) Courrier R.: Rew. franc. d'endocrinol. Jg. 3. 1925. — 80) E. Lakueur: Arch. f. exper. Path. und Pharm. 1928. — 81) Loeb, Leo and W. B. Kountz: Americ. journ. of physiol. Bd. 48. 1928. — 82) Gley, Pierre: Cpt. rend. des séances de la Soc. de Biol. 1928. — 83) E. Herrmann u. M. Stein: Wiener klin. Wochenschr. 1916. — 84) Pierre Gley: Cpt. rend. de séances de la Soc. de biol. 1928. — 85) Pierre Gley: Ibidem. — 86) Pierre Gley: Ibidem.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Aleksander OSSOWSKI. Olkusz.

W sprawie postępowania czynnego w poronieniach i resztkach po poronieniu.

Z Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Szpitala Pow. w Olkuszu. Ordynator: Dr. A. Ossowski.

Kwestja postępowania lekarskiego w przypadkach poronienia i resztek po poronieniu jest w dalszym ciągu otwarta. Ścierają się tu dwa kierunki: kierunek czynny i kierunek bierny. Oczywiście pomiędzy temi skrajnemi poglądami są wyznawcy metod pośrednich.

Jeśli spojrzeć wstecz na historję postępowania lekarskiego w poronieniach, to są okresy, kiedy jeden z tych kierunków bierze górę nad drugim. Tak więc w wieku XVIII i w pierwszej połowie wieku XIX postępowanie lekarskie było bierne, ze względów zrozumiałych. Dopiero druga połowa XIX wieku przynosi zmianę na postępowanie czynne (Hegar, Dührssen). Narzędzi do opróżnienia jamy macicznej ówcześnie nie znano, opróżniano ją palcem. Dopiero w ósmym dziesiatku XIX wieku Schede i Böters wprowadzają ostrą łyżeczkę jako narzędzie do opróżnienia jamy macicznej.

W końcu pierwszego dziesiątka wieku XX budzi się sprzeciw. W roku 1911 Winter wprowadza nowość, mianowicie badanie bakterjologiczne zawartości szyjki macicznej. W przypadku stwierdzenia łańcuszkowca hemolizującego Winter zaleca powstrzymanie się od wszelkiego zabiegu. Traugott rozszerza to wskazanie na przypadek stwierdzenia innych łańcuszkowców i dwoinek Neissera. W zagadnieniu postępowania w poronieniu pojawiały się nowe myśli, które dadzą się ująć w chwili obecnej w sposób następujący. Postępowanie lekarskie jest różne w różnych okresach poronienia, a oparte na podziale klinicznym. Odróżniamy klinicznie:

a) poronienie zagrażające, b) poronienie w toku, c) resztki po poronieniu, d) połóg po poronieniu; przez poronienie zaś rozumiemy przerwanie ciąży przed skończeniem szesnastu tygodni jej istnienia, a więc do tego czasu, kiedy doczesna zagięta dopiero zaczyna się zrastać z doczesną prawdziwą. W ślad za kliniką warszawską prof. Czyżewicza odrzuciłem podział, przyjęty głównie przez autorów niemieckich, którzy poronieniem nazywają przerwanie ciąży w czasie kiedy płód nie jest jeszcze zdolny do życia, a więc do 28 tyg. Ten okres przerwania ciąży od 16 do 28 tyg. nazywamy porodem niewczesnym *(Partus immaturus)*.

W poronieniu zagrażającem postępowanie lekarskie będzie dążyło do zwalczania choroby i zachowania ciąży. Jak odróżnić poronienie zagrażające od poronienia w toku?

W poronieniu zagrażającem objawami są bóle i krwawienia o mniejszem lub większem nasileniu. W zależności od wieku ciąży jeden lub drugi z tych objawów jest silniejszy: im poronienie dotyczy późniejszego miesiąca ciąży, tem bóle są wyraźniejsze. Zresztą znane są również przypadki, w których jednego z wymienionych objawów brak. W poronieniu zagrażającem stwierdzamy część pochwową zupełnie utrzymaną, ujście zewnętrzne zamknięte, macicę kształtu kulistego, szczegół praktycznie ważny dla odróżnienia od połogu po poronieniu, gdy macica jest płaska. Inny będzie znowu obraz kliniczny w poronieniu w toku. Ujście zewnętrzne jest rozwarte, część pochwowa rozszerza się do góry, kanał szyi drożny, a palec badający dochodzi do błon płodowych. Ale stan taki spotykamy rzadko, natomiast o wiele częściej spotyka się obraz zupełnie podobny do tego, który daje poronienie zagrażające. Tu się nasuwa pytanie, kiedy możemy powiedzieć, że poronienie już nie da się zatrzymać. Pewnym objawem niedającego się zatrzymać poronienia jest stwierdzenie śmierci płodu, co w 16 pierwszych tygodniach ciąży jest niemożliwe. Również odejście wód płodowych, które zresztą niezbyt często obserwujemy, a na wywiadach niezawsze się można opierać, też nie jest dowodem śmierci płodu. Znane są bowiem przypadki, wprawdzie bardzo rzadkie, obserwowanego odejścia wód płodowych, a pomimo to utrzymania i donoszenia ciąży do końca. Jeśli zatem nie trafiamy na moment, kiedy kanał szyi pozwoli nam dojść do błon, tracimy kryterjum odróżnienia poronienia zagrażającego od poronienia w toku. W sprawie traktowania poronienia w toku, dają się zauważyć dwa poglądy. Jeden bardziej rozpowszechniony, który każe patrzeć na poronienie w toku, jako rozpoznawczo wątpliwe i traktować je jako poronienie zagrażające, aż do czasu wyjaśnienia. Drugi kierunek każe w przypadku dojścia do błon płodowych traktować poronienie jako niedające się utrzymać i z tą chwilą opróżnić jamę maciczną. Klinika warszawska, a w ślad za nią, i ja, stoi na pierwszem stanowisku, opróżniając jamę macicy tylko w przypadku krwotoku, ujmując go jako upływ krwi, odbijający się na stanie ogólnym chorej. W przypadkach poronienia w toku, przebiegającego z gorączką, również postępowałem czynnie, usuwając jajo płodowe, jako możliwe źródło zakażenia, o ile środki wewnętrzne, stosowane do opróżnienia macicy, nie dały pożądanego wyniku.

W resztkach po poronieniu postępowanie lekarskie jest jeszcze bardziej zróżniczkowane, tak że w chwili obecnej da się stwierdzić istnienie pięciu sposobów:

1) Postępowanie konserwatywne — chorej podaje się środki pobudzające bóle macicy i czeka na samodzielne opróżnienie się jej. Możliwe powikłania leczy się odpowiednio do ich rodzaju.

2) Postępowanie wyczekujące — tak jak w pierwszym, tylko w przypadkach krwotoków opróżnia się w ten czy inny sposób macicę. W przypadkach zaś z gorączką, czeka się na ustąpienie tego objawu i dopiero wtedy opróżnia macicę, o ile to będzie jeszcze potrzebne. Czas w jakim różni autorzy przystępują do zabiegu jest różny, nie więcej 3—4 dni od daty ustąpienia gorączki.

3) Postępowanie wyczekujące czynne — czeka się 1 do 3 dni na stwierdzenie, czy przypadkiem stan zapalny z macicy nie przeniósł się na narządy sąsiednie i dopiero po wykluczeniu tego możliwego powikłania opróżnia się macicę bez względu na gorączkę.

4) Postępowanie czynne — opróżnia się macicę nawet w przypadkach powikłanych gorączką. Przeciwwskazaniem do

zabiegu będzie stwierdzenie przejścia stanu zapalnego z macicy na narządy sąsiednie.

5) Postępowanie nadczynne — z chwilą stwierdzenia resztek po poronieniu w macicy opróżnia się ją bez uwzględnienia istniejących powikłań.

6) Jeśli chodzi o chwilę obecną to w postępowaniu lekarskiem w resztkach po poronieniu przeważa kierunek czynny, choć rozlegają się głosy nawołujące do postępowania wyczekująco-czynnego. Z polskich szkół warszawska klinika położniczo-ginekologiczna jest obecnie zwolenniczką czynnego postępowania w resztkach po poronieniu. Także w r. 1925 ukazała się praca dra Grzankowskiego i Kozłowskiego oparta na materjale 1100 z górą przypadków, w których również stosowano, postępowanie czynne.

Co zwolennicy tego sposobu postępowania wysuwają jako momenty przemawiające za niem?

Przedewszystkiem, wiadomo, że zarazki lepiej rozwijają się na podłożu martwem niż żywem. Jeśli zaś udaje się stwierdzić ich rozwój w żywych tkankach, to świadczy to o ich wielkiej złośliwości, a los żywego ustroju jest poważnie zagrożony. Podłożem martwem, na którem zarazki lepiej się rozwijają jest obumarłe z chwilą poronienia jajo płodowe, względnie jego resztki.

Prócz tego otwarte naczynia ułatwiają wniknięcie zarazków. Usunięcie więc jak najszybsze jaja odbiera zarazkom dobre dla nich podłoże, usuwa je mechanicznie wraz z niem, a ponieważ po opróżnieniu macica się energicznie kurczy i zamyka przez to lepiej światła naczyń, to utrudnia wtargnięcie zarazków w żywe tkanki. Przeciwnicy znowu postępowania czynnego mają tu do zarzucenia, że takie czy inne opróżnienie macicy powoduje w niej powstanie świeżych ran i zniszczenie wału ochronnego, tamującego wniknięcie zarazków w żywe tkanki, czyli że moment usuwania resztek jest jednocześnie momentem wnikania zarazków. Zwolennicy czynnego postępowania dowodzą, że jeśli tak jest, to jest to ostatni moment wtargnięcia zarazków, że potem już nowe nie wnikają, a z temi które już wtargnęły, nie zasilanemi przez dopływ nowych, ustrój łatwiej sobie da radę. Natomiast pozostawienie resztek wpuszcza ciągle nowe zastępy zarazków, a oprócz tego jest to równoznaczne z wzmożeniem ich jadowitości. (Pasteur, Küstner). Zwolennicy postępowania zachowawczego odpierają to przeczeniem, że tak nigdy nie bywa, lub przynajmniej rzadko, że wprost przeciwnie zarazki raczej słabną wskutek wzmożenia odporności ustroju, przecież Benthin i Römer stwierdzili w przypadkach poronienia zarazki we krwi, a mimo to klinicznie nie było nawet gorączki, dało się tylko stwierdzić przyśpieszenie i pogorszenie tętna.

Zwolennicy postępowania czynnego wysuwają znowu moment, że pozostawienie poronienia swojemu losowi powoduje u chorej większą stratę krwi, a wskutek tego większe osłabienie ustroju i lepsze warunki dla zwiększenia zjadliwości zarazków. Dalej, że postępowanie czynne skraca czas leczenia, co ze względów gospodarczych ma swoją dużą wagę. Dalej, że krwawienie przestrasza chorą i otoczenie, a lekarz postępujący czynnie zatrzymuje krwawienie. Jest to moment psychiczny, zasługujący na uwzględnienie, gdyż wzbudza zaufanie do lekarza i medycyny wogóle. Wreszcie, że dla lekarza praktyka i małych szpitali jest to sposób lepszy, gdyż poza kliniką wyczekiwanie jest trudne i może poderwać zaufanie do lekarza. Należy więc wystąpić czynnie, możliwie oszczędzając chorą. Czynnikiem oszczędzającym będzie znieczulenie.

Długotrwałe też były spory, jak opróżniać macicę: palcem czy narzędziami. W obecnym rozwoju aseptyki, ma się jednak większe zaufanie do czystości narzędzi, skutkiem czego macicę opróżnia się za pomocą łyżeczek, przeważnie ostrych, choć są używane i tępe.

Prócz tego za używaniem raczej łyżeczek niż palca przemawiałaby większa pewność usunięcia całkowitego doczesnej, która z biegiem czasu może być punktem wyjścia całego szeregu schorzeń. Nad połączeniem palca z narzędziem myślało już kilku lekarzy, którzy skonstruowali coś w rodzaju naparstka z łyżeczką. Za opróżnieniem narzędziami, jako postępowaniem łagodniejszem, przemawiałoby spostrzeżenie P. Theodora, który stwierdził we krwi zarazki po wyłyżeczkowaniu jamy macicznej w 15%, a po opróżnieniu jej palcem w 77%. Jeśli chodzi o statystykę w chwili obecnej, to lepsza jest ona dla zwolenników postępowania czynnego.

Jako wychowanek kliniki położniczo - ginekologicznej warszawskiej wyniosłem przeświadczenie o wyższości postępowania czynnego w resztkach po poronieniu i w tym kierunku tę chorobę leczyłem. A więc w przypadkach stwierdzonego poronienia w toku czekałem wskazań do opróżnienia jamy macicy, kierując się stanem ogólnym chorej, w przypadkach zaś resztek po poronieniu występowałem odrazu czynnie. Odróżniam: a) poronienie zagrażające, b) poronienie w toku, c) resztki po poronieniu i d) połóg po poronieniu. A więc w przypadkach zagrażającego poronienia staram się ciążę utrzymać, zalecając chorej spokój, leżenie w łóżku, podając w czopkach przetwory opium i belladonny oraz wstrzykuję codziennie wyciąg ciałka żółtego. W przypadkach poronienia w toku próbuję ciążę utrzymać o ile stan ogólny chorej jest dobry, o ile zaś stwierdzam krwotok lub gorączkę jako wyraz obumarcia jaja płodowego i rozpoczęcia się procesu zakażenia, wówczas postępuję czynnie, usuwając jajo płodowe kleszczykami Wintera, resztki zaś jego i doczesnę ostrą łyżeczką. W resztkach po poronieniu odrazu występuję czynnie, jednak w przypadkach stwierdzenia przejścia stanu zapalnego z macicy na narządy sąsiednie zachowuję się wyczekująco, wyjąwszy te przypadki, w których jest wskazanie życiowe do opróżnienia macicy. Wreszcie w przypadkach połogu po poronieniu zachowuję się wyczekująco, obserwując odchody i zatrzymując chorą w łóżku, póki odchody te nie staną się blado różowe.

Przedstawiam tu wyniki obserwacji 132 przypadków, w ciągu 2 lat t. j. od 1 lutego 1927 r. do 1 lutego 1929 r.

Do małych szpitali prowincjonalnych dostaje się tylko znikomy procent chorych z poronieniem w toku. Chore przybywają do szpitala właśnie z powodu krwawienia silnego czy krwotoku, tak że prawie zawsze istnieje z tej racji wskazanie do czynnego wystąpienia, to też w swoich spostrzeżeniach połączyłem w jedną całość niewielką liczbę przypadków poronienia w toku i resztek po poronieniu, gdyż na 132 chore tylko u 12-u nie było odrazu wskazań do wystąpienia czynnego. Prócz tego, połączenie to zrobiłem i w tym celu, że chciałem podkreślić moment czynnego wkroczenia.

Z tych 132 przypadków operowałem 127 chorych, nie operowałem 5. Z tych 5 — 3 to przypadki zagrażającego poronienia, w których ciążę udało się zachować i 2 przypadki połogu po poronieniu, dokonanego poza szpitalem, gdy chore przybyły do szpitala z powodu krwawienia, które w czasie przyjęcia na oddział już było nieznaczne, macica niewielka, płaska, nie okrągła, co podkreślam jako moment rozpoznawczy w odróżnieniu od poronienia zagrażającego, ujście zewnętrzne prawie zamknięte, słowem nie widziałem wskazań do postępowania czynnego. Ograniczyłem się do podania tym chorym sporyszu z chininą, diety lekkiej i leżenie w łóżku.

W wyżej wymienionych 127 przypadkach poronienia w toku i resztek po poronieniu, postępowałem czynnie, zachowując następującą technikę wyłyżeczkowania jamy macicznej.

Po umyciu sromu owłosienie z niego zostaje usunięte. Odkażam srom 5% nalewką jodową, co dla krótkotrwałego zabiegu uważam za wystarczające. Po nastawieniu we wziernikach części pochwowej, odkażam ją 10% nalewką jodową. Kulociąg chwytam palcem wskazującym i dużym lewej ręki, trzy pozostałe palce układając powyżej spojenia łonowego na dnie macicy, dla kontroli. O ile kanał szyjki jest na tyle zamknięty, że kleszczyki Wintera przezeń nie przechodzą, przeprowadzam znieczulenie miejscowe macicy, co uważam za konieczne, nie tylko ze względu na zmniejszenie chorej bólu ale i za postępowanie oszczędzające, którego potrzebę podnosi wielu autorów. Kanał szyjki rozszerzam rozszerzadłami Hegara przynajmniej do Nr. 13 względnie więcej, o ile ciąża jest późniejsza, a płód jeszcze znajduje się w jamie macicy. U pierwiastek stosuję rozszerzanie bardzo ostrożnie, używając dodatkowego kompletu odpowiednich NN. rozszerzaczy Hegara. U wieloródek połówek używam dopiero od Nr. 10. Zgodnie z zasadą kliniki warszawskiej zgłębnika macicznego nie używam zupełnie, wielkość i położenie macicy ustalając przedtem badaniem oburęcznem, w czasie którego wykluczam istnienie stanu zapalnego narządów sąsiadujących z macicą. Po rozszerzeniu kanału szyjki wprowadzam do jamy macicy kleszczyki Wintera i wydobywam niemi większe kawałki jaja płodowego. Następnie łyżeczką ostrą usuwam pozostałe resztki i doczesnę. Po ukończeniu zabiegu przecieram jamę macicy gazikiem, umaczanym w 10% nalewce jodowej. Następnie wprowadzam do jamy macicy sączek gazowy, umaczany znowu w 10% nalewce jodowej, tak by jego koniec obwodowy był tuż zaraz za szczeliną zwieraczy sromu, by go łatwo było następnie wydobyć. Sączek ten pozostawiam na 12

godzin, a stosuję go dlatego, żeby jako ciało obce, wywołał silniejszy skurcz macicy. O ile mimo tego skurcz macicy uważam za zbyt słaby, stosuję wstrzyknięcie 1 cm^3 pituitryny. Chora w łóżku dostaje 3 razy dziennie 0,5 sporyszu z chininą (0,2), w razie silniejszego krwawienia worek z lodem; dieta, na trzeci dzień opróżnienie przewodu pokarmowego przy pomocy środka czyszczącego. Na piąty dzień chora zostaje wypisana, o ile przebieg pooperacyjny był prawidłowy, o ile nie stwierdzam żadnej bolesności na ucisk okolicy przydatków, a odchody są skąpe i różowe względnie blade. Na 127 operowanych chorych 122 wypisano na 5 dzień jako zdrowe. U 5 nastąpiło powikłanie wysiękiem, śmierci 0.

Oper.	127 (96,2%)	122 (96,0%)	5 (4,0%)	0
Nieop.	5	5	—	0
		bez powikł.	wysięk	śmierci

Wyniki te zestawiłem w powyższej tabelce.

Wśród 132 chorych, przyjętych do szpitala z powodu poronienia, były chore gorączkujące i nie gorączkujące. Jako gorączkujące określam te chore, u których T^0 zmierzona w czasie przyjmowania do szpitala była powyżej 37.5 C. A więc było 80 chorych nie gorączkujących, 52 zaś z gorączką. Z 80 niegorączkujących chorych 75 było poddanych wyłyżeczkowaniu jamy macicy, u 5 nie stwierdziłem potrzeby tego zabiegu. Mianowicie u 3 chorych poronienie zagrażające udało się opanować i ciążę utrzymać, u 2 innych chorych stwierdziłem połóg po poronieniu, gdzie nie było żadnych wskazań do wkroczenia. Z 75 chorych, przyjętych do szpitala bez podniesionej t^0 i poddanych zabiegowi, przebieg pooperacyjny prawidłowy, bez żadnego odczynu był u 71 chorych, u 2 chorych stan podgorączkowy utrzymujący się do 4 dni, u 2 pozostałych powikłanie wysiękiem przymacicza.

52 chore miały w chwili przyjęcia gorączkę, mniejszą lub większą, (6 powyżej 39^0 C.). Wszystkie chore poddano zabiegowi wyłyżeczkowania macicy. Z tych u 35 chorych spadek t^0 do normy na drugą dobę po zabiegu, u 14 po 3—4 dniach. U 3 nastąpiło powikłanie wysiękiem. Wszystkie te chore zostały ostatecznie wypisane ze szpitala jako zdrowe.

Wyniki te ujmuję w niżej podaną tablicę:

		Oper.	wyzdr. bez powikł.	Odczyn 3—4 dni	Wysięk	Śmierci
Bez t^0 . .	80[60 6%]	75[93 7%]	71[94 6%]	2[2 6%]	2[2 6%]	0
Z podn. t^0	52[39·4%]	52[100%]	35[67·3%]	14[26·9%]	3[5 7%]	0
Razem	123	127[96·2%]	106[80·3%]	16[12%]	5[3 7%]	0

Tak więc na 127 chorych, u których postępowałem czynnie, usuwając resztki jaja płodowego, u 5 wystąpiło powikłanie wysiękiem. Te chore zostały wypisane ze szpitala po wyleczeniu jako zdrowe. U 6 chorych stosowałem prócz wyłyżeczkowania i zwykłego leczenia, dożylne wlewanie 5 cm^3 trypaflawiny 10% i podskórne ich własnej krwi. (5 cm^3). Robiłem to z powodu wysokiej gorączki (powyżej 38.5^0 C.) z jaką te chore przybyły do szpitala. Zatem u 116 chorych wystarczyło usunięcie jaja płodowego i doczesnej, by osiągnąć wyzdrowienie. 5 chorych z powikłaniem wysiękowem leżały w szpitalu 3 do 4 tygodni, te 5, u których stosowałem dodatkowe, wyżej omówione leczenie, były wypisane jako zdrowe po 6—7 dniach, wreszcie 116 chorych wypisano jako zdrowe w 5 dobie.

Lecz. zwykłe	Lecz. dodatk.	Lecz. wysięk.	
117[88·6%	6[4 5%]	5[3·7%]	Liczba chorych
5 dni	6—7 dni	3—4 tyg.	leczenie pooperacyjne

Pod względem społeczno-gospodarczym czas leczenia krótki jest czynnikiem pożądanym, co należy policzyć na dobro postępowania czynnego, skracającego czas leczenia w porównaniu do wyczekującego czy zachowawczego. Stosunkowo duży odsetek powikłań kładę na karb już istniejącego zakażenia w poronieniach kryminalnych, czy pomocy niedpowiedniej już nie położnych, ale „doświadczonych" kobiet wiejskich; które potrafią krwawiącej kobiecie wepchnąć do pochwy jakieś szmaty, jak to kilkakrotnie miałem możność widzieć.

Doskonale zdaję sobie sprawę z małej wartości dla celów czysto naukowych mojej tak szczupłej statystyki, ale względy praktyczne, uzewnętrzniające się w niej, skłaniają mnie do tego, gdyż nie miałem szczęśliwie ani jednego wypadku śmierci, a chore zdrowiały po krótkim stosunkowo czasie leczenia.

———————

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Doc. Uniw. J. K. dr. Witold LIPIŃSKI. Lwów.
Prymarjusz Państw. Szpitala powsz.

Sprawozdanie z działalności oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie za rok 1929.

Na oddziale zakaźnym Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie było w leczeniu w ciągu roku ubiegłego 1644 chorych zakaźnych. Liczba dni leczenia wynosiła 31.861, na jednego chorego przypada zatem przeciętnie 19 dni leczenia. Zmarło 168 osób, w tem do 24 godzin po przyjęciu na oddział, 36 chorych. Przeciętna śmiertelność wynosi zatem 8.2%. Sekcyj naukowych wykonano w Zakładzie Anatomji patologicznej Uniw. J. K (Dyrektor: Prof. dr. Nowicki) 151.

Naczelne miejsce pod względem ilości chorych zajmuje, podobnie jak w latach ubiegłych, płonica. Płonicy leczono 520 przypadków, w tem powikłanej błonicą 48. Równoczesne zakażenie błonicą wynosi zatem w naszym materjale 9.2%, wobec 5,6% w roku ubiegłym, co posiada pewne znaczenie epidemjologiczne. Na 472 przypadków płonicy, niepowikłanej błonicą, zmarło 24 osób, w tem 6 do 24 godzin, co daje 3,8% śmiertelności, przy 4,7% za rok 1928. Płonicy, powikłanej równocześnie błonicą, leczono 48 przypadków. Zmarło 15 chorych, w tem 4 do 24 godzin, co stanowi 25% śmiertelności, przy 32% za rok 1928. Stosunkowo znaczna śmiertelność przy płonicy, powikłanej błonicą, zasługuje na szczególne podkreślenie. Chorzy ci przychodzili, prawie bez wyjątku, za późno na Oddział zakaźny. Surowica przeciwbłonicza, podana natychmiast na oddziale, w dawkach niejednokrotnie bardzo wysokich, okazywała się bezsilną. Chorzy ginęli na porażenie serca na skutek zadziałania jadu błoniczego, związanego nieodwracalnie z ustrojem. Śmiertelność przy płonicy, wynosząca na naszym oddziale zaledwie 3,8%, byłaby jeszcze mniejszą, gdyby skierowano chorych płoniczych wcześniej na oddział. Przeważnie dopiero ciężkie schorzenie wtórne skłaniało rodzinę do szukania pomocy na naszym oddziale.

Zgodnie z naszemi spostrzeżeniami z lat ubiegłych podawaliśmy surowicę przeciwpłoniczą w każdym ciężkim przypadku. Używaliśmy na naszym oddziale wyłącznie surowicy wyrabianej w kraju, przez Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie, która w działaniu swojem okazała się lepszą od surowicy zagranicznej. Podawano ją jednorazowo, możliwie jak najwcześniej, w dawkach 10 ccm, domięśniowo, wyjątkowo dożylnie. Wyniki lecznicze były przeważnie bardzo korzystne. Surowica przeciwpłonicza usuwała szybko objawy pierwotnie toksyczne. Na schorzenia wtórne, zarówno na częstość schorzeń wtórnych, jak i na ich nasilenie, nie wywierała żadnego wpływu, chociaż stosowano ją nieraz bardzo wcześnie bo w przeciągu kilkudziesięciu godzin od zachorowania. Wzniesienie ciepłoty, utrzymujące się, ponad 24 godzin po podaniu surowicy, wskazywało prawie zawsze na schorzenie wtórne. Surowicę przeciwpłoniczą stosowaliśmy na naszym oddziale w 206 przypadkach. Ilość ciężkich przypadków możemy zatem określić na 39% ogólnej liczby leczonych. Pozatem stosowaliśmy surowicę przeciwpłoniczą w celach zapobiegawczych w 47 przypadkach na oddziale błoniczym i odrowym.

Ze schorzeń wtórnych do najczęstszych należało zajęcie gruczołów szyjnych i podszczękowych. Leczono je zapobiegawczo. Zropienie było powodem zabiegu operacyjnego w 31 przypadkach. Systematyczne badanie narządu słuchowego, wykonywane u każdego chorego płoniczego, było powodem nakłucia błony bębenkowej 19 razy. Antrotomję wykonano na oddziale 8 razy, zawsze z wynikiem korzystnym. Przypadki operowane skierowano na oddział w okresie późniejszym.

W zmianach błonicowatych w jamie ustnej, w pierwszych dniach płonicy, stosowano stovarsol z dobrym skutkiem. Podawano go doustnie, polecając równocześnie płukanie, względnie przestrzykiwanie jamy ustnej roztworem stovarsolu. Pod względem szybkości działania stovarsol dorównywał w zupełności neosalvarsanowi. Przy podaniu ostrożnem nie stwierdzono objawów niepożądanych.

Zapalenie nerek krwotoczne było przeważnie lekkie i przemijające. W przypadkach mocznicy stosowano, poza 24 godzinną głodówką, dietę cukrową, upusty krwi, (w 8 przypadkach), przy drgawkach i utracie przytomności nakłucie lędźwiowe. Zabiegi te okazywały się zupełnie wystarczające, z wyjątkiem jednego przypadku, w którym, mimo wszelkich naszych usiłowań, mocznica robiła gwałtowne postępy. Po 6 dniach ilość moczu spadla do 20 ccm, na dobę, a stan chorego dziecka stał się

zupełnie beznadziejny. W tym stanie zastosowano transfuzję 250 ccm krwi. Wynik transfuzji przeszedł najśmielsze oczekiwania. Po 16 godzinach od chwili transfuzji chora wydaliła 260 ccm moczu. Stan jej ulegał stale poprawie. Byłby to pierwszy przypadek zastosowania transfuzji krwi przy mocznicy. Doskonały wynik powinien zachęcić do prób dalszych.

Wrażliwość ustroju na zakażanie błonicą badano u chorych płoniczych zapomocą odczynu Schicka. Odczynów tych wykonano 230. Dodatnie odczyny otrzymywano niekiedy dopiero po 72 godzinach. Osobniki z dodatnim Schickiem uodparniano anateksyną Ramona, zazwyczaj trzykrotnie, w odstępach 14-dniowych. Odczyny miejscowe były niejednokrotnie dość silne, ustępowały jednakowoż przeważnie do 48 godzin. Niekiedy spostrzegano wzniesienie ciepłoty, przeważnie wracała ona do normy po 24 godzinach.

Podobnie jak w latach ubiegłych, wykonywano w pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego systematyczne posiewy treści z gardzieli u chorych płoniczych na obecność łańcuszkowców hemolitycznych. Posiewów na płytkach krwawych, do których używano krwi baraniej odwłóknionej, wykonano w roku ubiegłym 1567. Badania tegoroczne potwierdzają nasze spostrzeżenia z lat ubiegłych. W pierwszych dniach płonicy stwierdzaliśmy łańcuszkowce w 100% przypadków. W okresach późniejszych dodatnie wyniki zmniejszają się. Wczesny przypadek płonicy, umieszczony między ozdrowieńcami, u których nie stwierdzono już łańcuszkowców, powodował zakażenie ozdrowieńców łańcuszkowcami hemolitycznemi. U każdego chorego płoniczego wykonywano natychmiast po przyjściu na oddział i przed wyjściem ze szpitala posiewy z nosa i gardzieli na obecność prątków Löfflera. Posiewów na pożywce, zmodyfikowanej przez Lipińskiego, wykonano w naszej pracowni w roku ubiegłym 3122. Chorych płoniczych z dodatnim Löfflerem odosabniano. Ścisłe odosobnienie dawało wyniki bardzo korzystne. Spostrzegamy bowiem stały spadek dodatnich Löfflerów u chorych płoniczych, a to: z 11,6% w 1926 r., na 2,3% w 1928 i ubiegłym roku. Znaczne trudności rozpoznawcze napotykano niejednokrotnie w rozpoznawaniu płonicy poronnej atypowej. W tych przypadkach wykonywano systematycznie badania cytologiczne krwi, obraz krwi podług Schillinga. Badań tych wykonano 656. W pojedynczych przypadkach posługiwano się dla celów rozpoznawczych objawem Schultz-Charltona. Odczyn Dicków wykonano na oddziale błoniczym i odrowym w 298 przypadkach. Uodporniano anatoksyną płoniczą 28 osób. Dzięki stosowaniu szczepień ochronnych, czynnych i biernych, nie mieliśmy na oddziale błoniczym ani jednego przypadku zakażenia płonicą, mimo znacznego ruchu chorych. Spostrzeżenia tegoroczne potwierdzają w dalszym ciągu nasze dawne badania, wykazujące celowość ochronnych szczepień przeciw płonicy. W 12 przypadkach wykazano u naszych chorych wywiadami szczepienie przeciw płonicy. Szczepienia te były zawsze niedostateczne, ograniczały się zazwyczaj do jednorazowego podania anatoksyny, kontrolnych Dicków końcowych nie wykonywano. Zapadanie na płonicę w tych przypadkach należy zatem kłaść na karb nieudolnego uodpornienia.

Błonicy nosa, gardła i krtani leczono w roku ubiegłym 133 przypadków, a zatem o 20 więcej niż w roku 1928. Zmarło 21 osób, w tem 7 do 24 godzin. Śmiertelność wynosiła zatem 11%. Powodu zejścia śmiertelnego należy szukać w porażeniu mięśnia sercowego na skutek zbyt późnego podania surowicy. Na oddział nasz dostawały się często przypadki nierozpoznane, zaniedbane. Surowicę podawano nieraz w dawkach zbyt małych. Spostrzeżenia naszego oddziału wskazują, że zapadalność na błonicę zwiększa się zwolna ale stale, przyczem zjadliwość laseczników Löfflera zyskuje na nasileniu. Błonica, która w naszych warunkach daje 11% śmiertelności, powinna pobudzić miarodajne czynniki do szczególnej baczności i wprowadzenia masowych szczepień ochronnych. Sprawę tę, niezmiernej doniosłości, poruszaliśmy niejednokrotnie na posiedzeniach komisji zdrowotnej.

Surowicy przeciwbłoniczej zużyto na naszym oddziale w zeszłym roku 360 ampułek, a to:

po 2,000 jedn. odp. 46
po 3,000 jedn. odp. 10
po 4,000 jedn. odp. 67
po 5,000 jedn. odp. 151
po 6,000 jedn. odp. 186

Jak widać z powyższego zestawienia, stosowano, o ile możności, wysokowartościową surowicę, stąd też ilość przypadków choroby posurowiczej była znikoma.

Wykaz badań, wykonanych w pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie w ciągu roku 1929.

Wykonano badań (część 1):

	Kał			Mocz				Krew					Aglutynacyjnych						Odczyn Wassermanna			
	Ogółem	Bakterjolog.	Mikroskop.	Ogółem	Bakterjolog.	Mikroskop.	Chemiczn.	Ogółem	Bakterjolog.	Mikroskop.	Cytologiczn.	Chemiczn. ilość	z prąt. duru brz.	z prątk. para A	z prątk. para B.	Weil-Felixa	z prątk. Shigi-Kruze	z prąt. Flexnera	z surow. czynną	z surow. nieczyn.	z płyn. przesięk.	Odczyn zmętnienia Meinickego
Styczeń	50	7	43	214	—	107	107	392	52	58	48	—	20	—	20	20	9	9	52	52	—	52
Luty	37	9	28	132	—	66	66	317	38	45	36	-	24	—	24	24	—	—	42	42	—	42
Marzec	63	8	55	146	2	72	72	432	47	62	53	—	25	—	25	25	—	—	65	65	—	65
Kwiecień	104	25	79	118	4	57	57	380	51	71	61	—	26	—	26	26	1	1	39	39	—	39
Maj	114	44	70	80	—	40	40	601	66	86	50	—	63	—	63	63	3	3	68	68	—	68
Czerwiec	65	13	52	56	—	28	28	391	28	63	49	—	25	—	25	25	2	2	57	57	1	57
Lipiec	56	26	30	62	2	30	30	332	54	44	39	—	32	-	32	32	3	3	31	31	—	31
Sierpień	101	30	71	118	—	59	59	542	81	93	80	—	43	—	43	43	3	3	51	51	—	51
Wrzesień	111	55	56	142	—	71	71	539	63	58	55	—	43	—	43	43	18	18	66	66	—	66
Październik	184	69	115	186	—	93	93	642	94	85	74	—	48	—	48	48	7	7	77	77	—	77
Listopad	129	45	84	109	1	54	54	516	59	97	87	—	33	—	33	33	3	3	56	56	—	56
Grudzień	124	25	99	142	—	71	71	618	66	75	69	—	37	—	37	37	—	—	99	99	—	99
	1138	356	782	1505	9	748	[illegible]48	5702	699	837	701	—	419	—	419	419	49	49	703	703	1	703

Wykonano badań (część 2):

	Płyn mózgowo-rdzeniowy					Wydzielina gardła i nosa	Hodowle			Plwocina		Ropa i wysięki zapalne			Próba apar. dezynf.	Pobr. surow. u ozdr.		
	Ogółem	Bakterjolog.	Mikroskop.	Chemiczn.	Odczyn Wasserm.	Ogółem	na prąt. Löfflera	Łańcuszkowce krwiobójcze	Mikrosk. p	Ogółem	Mikroskop.	Ogółem	Bakterjolog.	Mikroskop.	z Bact. Subtil.	u ozdrow. odrowych	Ogółem przysłano próbek	Ogółem wykonano badań
Styczeń	48	4	21	21	2	315	199	103	10	13	13	6	3	3	2	1	674	1041
Luty	20	2	8	8	2	251	150	72	9	8	8	6	3	3	2	1	558	754
Marzec	83	16	33	33	1	372	240	125	9	8	8	4	2	2	2	1	668	1111
Kwiecień	266	18	123	123	2	360	235	121	10	9	9	14	7	7	2	1	863	1254
Maj	295	15	139	139	2	500	175	91	34	1	1	8	4	4	2	1	860	1402
Czerwiec	72	2	35	35	—	372	239	116	17	1	1	6	3	3	2	1	672	966
Lipiec	75	8	33	33	1	351	222	112	17	4	4	2	1	1	2	1	630	885
Sierpień	79	8	35	35	1	442	290	139	13	16	16	8	4	4	2	1	888	1309
Wrzesień	56	12	22	22	—	403	265	133	5	10	10	2	1	1	2	1	879	1266
Październik	85	5	39	39	2	636	416	207	13	11	11	2	1	1	2	1	1265	1749
Listopad	62	5	27	27	3	539	353	176	10	6	6	12	6	6	5	1	1019	1379
Grudzień	65	5	28	28	4	517	338	171	8	9	9	4	2	2	2	1	1029	1482
	1206	100	543	543	20	4838	3122	1567	155	96	96	74	37	37	27	12	10005	14598

Róży leczono w zeszłym roku 285 przypadków. Zmarło 23 osób, w tem do 24 godzin 3, śmiertelność wynosiła zatem 7%. Róża dawała niejednokrotnie obraz ciężkiego schorzenia, okazywała skłonność do rozszerzania się, wywoływała nacieki, czyniąc niezbędnym zabieg operacyjny. Poza obojętnemi okładami zewnętrznemi i lekami nasercowemi, stosowano leczenie wstrząsowe przez podanie domięśniowo mleka. Mleko podawano w 179 przypadkach. W kilka godzin po podaniu mleka przychodziło wśród dreszczy do wzniesienia ciepłoty. Ciepłota wracała do normy zazwyczaj po kilkunastu godzinach, skóra bledła, róża cofała się. Autohaemoterapję stosowano chętnie zwłaszcza u osób starszych. W pojedynczych przypadkach podawano sole srebrowe w roztworach koloidalnych, surowicę przeciwłańcuszkowcową lub przeciwpłoniczą.

Duru brzusznego leczono w roku ubiegłym 95 przypadków. Zmarło 16 osób, w tem 1 do 24 godzin. Śmiertelność wynosiła zatem 15,9%. Przebieg duru brzusznego był przeważnie bardzo ciężki, powikłany wcześnie zapaleniem płuc, z ciężkiemi objawami oponowemi. Spostrzeżenia naszego oddziału wskazują na stały wzrost zjadliwości laseczika Eberta.

Podobnie jak w latach ubiegłych, stosowano szczepienia ochronne przeciwdurowe. Uodporniano lekarzy i pielęgniarki szczepionką przeciwdurową Besredki, podawaną doustnie. Działań ubocznych po szczepieniu nie spostrzegano. Z uodpornionych przed rokiem zapadła na dur brzuszny jedna pielęgniarka z poza oddziału zakaźnego. Przebieg duru był u niej niezwykle łagodny, chociaż nie poronny, podczas gdy szereg przypadków z tego samego źródła zakażenia, przywiezionych równocześnie na oddział, a nieuodpornionych, przebiegał ciężko.

W roku zeszłym wykryto jeden przypadek duru rzekomego A, o przebiegu klinicznym, zbliżonym do duru brzusznego. Z krwi chorego wyhodowano pałeczkę, odpowiadającą biologicznie i pod względem aglutynacyjnym pałeczce duru rzekomego A.

Przypadków duru rzekomego B pozostawało w leczeniu oddziału zakaźnego 36. Źródłem zakażenia była wędlina, robiona w jednej z burs z pominięciem obowiązującej kontroli sanitarnej. W kilkanaście godzin po spożyciu kiełbasy zachorowało 58 osób. 36 chorych w stanie ciężkim przewieziono na oddział zakaźny. Wszyscy opuścili oddział wyleczeni.

Czerwonki leczono 41 przypadków. Zmarło 5 osób, w tem 1 do 24 godzin. Śmiertelność wynosiła zatem 10%. Dwukrotnie wyhodowano z kału prątki czerwonkowe typu Flexnera, raz typu Shigi. Stosowano surowicę przeciwczerwonkową P. Z. H. w Warszawie, jednorazowo, u dorosłych w dawkach nie mniejszych, niż 50 ccm, domięśniowo. U dzieci małych, względnie osesków, stosowano z dobrym wynikiem, poza domięśniowem podaniem, surowicę przeciwczerwonkową doustnie.

Odry leczono 38 przypadków. Zmarły 2 osoby, w tem 1 do 24 godzin. W obydwu przypadkach powodem zejścia śmiertelnego była gruźlica prosówkowa po odrze, stwierdzona na stole sekcyjnym. U dorosłych ozdrowieńców poodrowych, pobierano na 10 dzień po spadku ciepłoty, po wykluczeniu kiły i gruźlicy, krew, celem uzyskania surowicy Degkwitza. W tym celu pobrano krew u 12 osób. Surowicę Degkwitza stosowano w celach zapobiegawczych u 42 osób. Działanie jej było wyraźne, chroniła przed odrą w 80% przypadków. Okres wylęgania odry u osób szczepionych przedłużał się, objawy poronne były łagodniejsze.

Nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych leczono 43 przypadków. Zmarło 9 osób, w tem 2 do 23 godzin. Śmiertelność wynosiła zatem 17%, przy 23,4% za rok 1928. Leczenie polegało na wykonywaniu nakłuć lędźwiowych, na dolędźwiowem podaniu surowicy przeciwmeningokokowej, domięśniowem stosowaniu szczepionki przeciwmeningokokowej i dożylnem wlewaniu 40% urotropiny. Nakłucia lędźwiowe wykonywano natychmiast po przyjściu chorego na oddział. Już samo nakłucie wpływało niejednokrotnie wybitnie na poprawę stanu chorego. Rozpoznanie ustalano na podstawie badania płynu mikroskopowego i zapomocą hodowli. W niektórych przypadkach przechowanie płynu w termostacie przez kilkanaście godzin pozwalało na wykrycie meningokoków w płynie uprzednio ujemnym, wskutek szybkiego rozmnażania się meningokoków. Szczepy meningokoków przechowywano w warunkach mikroaerofilnych, w bulionie cukrowym z dodatkiem płynu opuchlinowego, którego warstwę powierzchowną zalewano wyjałowioną parafiną. Wyhodowane meningokoki okazały się typem B. Surowicę przeciwmeningokokową wyrobu P. Z. H. w Warszawie, stosowano dolędźwiowo. Wlewania uskuteczniano codziennie, przeważnie 10-krotnie, surowicę podawano w ilości 10 ccm do 20 ccm jednorazowo, zależnie od ciśnienia. Obok surowicy stosowano szczepionkę meningokokową wieloważną, która w przypadkach opornych na leczenie, dawała dobre wyniki. Bardzo korzystnie wpływała również na przebieg leczenia urotropina, po której płyn szybciej się wyjaśniał. Korzystny wynik leczniczy zasługuje tem bardziej na podkreślenie, ponieważ wyleczono kilka osesków, w wieku poniżej 12 miesięcy, które, zdaniem poważnych klinicystów, są nie do uratowania.

Oględziny pośmiertne wykazywały zmiany niejednokrotnie bardzo wybitne, pod postacią znacznego wodogłowia i rozszerzenia komór mózgowych.

Zapalenia opon mózgowordzeniowych pochodzenia łańcuszkowcowego leczono 6 przypadków. Zmarły 3 osoby, w tem 1 do 24 godzin. Trzech chorych mimo ciężkiego stanu opuściło oddział wyleczonych. Stosowano surowicę przeciwłańcuszkowcową dolędźwiowo.

Gruźliczego zapalenia opon mózgowordzeniowych leczono w roku ubiegłym 18 przypadków. Zmarło 14 osób, w tem 3 do 24 godzin. Cztery osoby opuściły szpital wyleczone. Czy w tych przypadkach mieliśmy istotnie gruźlicze zapalenie opon, rozstrzygnąć trudno, ponieważ mimo objawów klinicznych ciężkich, przemawiających w znacznym stopniu za gruźlicą, nie znaleźliśmy, mimo skrzętnych poszukiwań, laseczników Kocha w płynie. U reszty chorych znajdywano natomiast z łatwością prątki Kocha w skrzepiku w płynie.

Wąglik skórny, ustalony hodowlą i doświadczeniem na myszce białej, leczono w roku ubiegłym w 5 przypadkach. Wąglik umiejscowiony był przeważnie na kończynach górnych, rzadziej na twarzy, nieraz w ogniskach wielokrotnych. Leczono, podobnie jak w latach ubiegłych, neoarsenobenzolem, względnie doustnem podawaniem stovarsolu. Otrzymano 100% wyleczenia.

Grypy, z powikłaniem ze strony stawów i płuc, leczono 78 przypadków. Wszyscy chorzy opuścili szpital wyleczeni.

Tężca leczono 16 przypadków. Zmarło 6 osób, w tem 3 do 24 godzin.

Wodowstrętu (Lyssa) pozostawało w leczeniu 5 przypadków. Wszyscy chorzy zmarli, w tem 2 do 24 godzin.

Krztuśca leczono 19 przypadków. Zmarło 5 dzieci, poniżej 4 lat. Dwukrotnie stwierdzono na stole sekcyjnym gruźlicę prosówkową. Surowica przeciwkrztuścowa Bordeta dawała bardzo korzystne wyniki lecznicze.

Poza tem leczono dwukrotnie białaczkę szpikową, (obydwie chore zmarły), zapalenie ust wrzodziejące w 4 przypadkach, zapalenie przyusznicy (13 przyp.), wiatrówkę (11 przyp.), i inne. Posocznicy leczono 8 przypadków. Zmarło 4 chorych, w tem 1 do 24 godzin. Stosowano mercurochrom dożylnie. Mimo kilkakrotnego podawania mercurochromu w dawkach znacznych, nie widzieliśmy ani razu wyników dodatnich, nawet przejściowych.

Podobnie jak w latach ubiegłych, oddział zakaźny pozostawał i w roku zeszłym w ścisłym kontakcie z kierownikiem działu zakaźnego Miejskiego Urzędu Zdrowia, p. Dr. Dammem. Dzięki jego fachowemu doświadczeniu i czujności możliwem było opanowanie epidemij w mieście, która wobec ciężkich niejednokrotnie warunków higjenicznych w mieście mogła przybrać rozmiary poważniejsze.

Wskutek czasowego przepełnienia oddziału płoniczego i wzmagania się epidemji w mieście, uruchomiony został w przeciągu kilkudziesięciu godzin, dzięki sprężystości naczelnego lekarza miejskiego, p. dr. Dolińskiego, miejski szpital epidemiczny. Szpital pozostawał pod kierownictwem prymarjusza oddziału zakaźnego szpitala powszechnego. Leczono chorych w ciągu czterech tygodni 32. Prymarjusz uczestniczył w posiedzeniach komisji miejskiej i wojewódzkiej zdrowia, zaznajamiając się ze stosunkami zdrowotnemi w mieście.

Sprawozdanie z działalności naukowej oddziału zakaźnego.

W ciągu roku 1928 pojawiły się następujące prace naukowe:

1) Prym. Lipiński i dr. Balikówna. Odczyn Wassermanna z surowicą czynną i unieczynnioną a odczyn zmętnienia Meinickego (M. T. R.). P. G. L. 1929. z. 4.

2) Sprawozdanie z działalności Oddziału zakaźnego Państw. szpitala powsz. we Lwowie za rok 1928. P. G. L. 1929, z. 22.

3) Dr. Appermanówna. Wartość kliniczna odczynu Wassermanna. P. G. L. 1929. z.

4) Wspólnie z prof. Nowickim wykonano pracę: „Badania nad wpływem aparatu siateczkowo śródbłonkowego na powstawanie ciał odpornościowych". Wyniki pracy przedstawiono na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w Wilnie w październiku 1929 r.

Oddział zakaźny brał żywy udział w posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego i Kółka Lekarzy Szpitalnych, wygłaszając wykłady teoretyczne jak i kliniczne oraz przedstawiając chorych.

Sprawozdanie z działalności pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego.

Pracownia bakterjologiczna oddziału zakaźnego wykonała w roku ubiegłym 14.598 badań bakterjologicznych, serologicznych i klinicznych, poza badaniami podręcznemi, wykonanemi na poszczególnych oddziałach. Jak wynika ze szczegółowego zestawienia, wykonano badań krwi 5.702, w tem 699 posiewów, 837 mikroskopowych, i 701 cytologicznych. Serologicznych badań krwi wykonano: Odczynów Gruber-Widala z pałeczką duru brzusznego 419, tyleż z pałeczką duru rzekomego B i zawiesiną x 19, z prątkami czerwonkowemi typu Shigi i Flexnera po 49. Stacja Wassermannowska wykonała odczynów Wassermanna z surowicą krwi, płynami przesiękowemi i płynem mózgowordzeniowym 1427. Odczynów zmętnienia Meinickego (M. T. R.) wykonano 703, uzyskując zgodność z odczynem Wassermanna w 93,5%. Badania bakterjologiczne treści z gardła i nosa wykonano 4.838 razy. Podobnie jak w latach ubiegłych badano każdego chorego płoniczego zaraz po przyjściu na oddział i przed wyjściem z oddziału na nosicielstwo prątków Löfflera. Posiewów na pożywce Costy, zmodyfikowanej przez Lipińskiego, wykonano w roku ubiegłym 3.122. Pożywka okazała się bardzo praktyczną, umożliwiała rozpoznanie pewne nieraz przed upływem 24 godzin.

Posiewów na płytkach krwawych wykonano 1567. Zamiast polecanej krwi króliczej, używamy w naszej pracowni od kilku lat, z dobrym wynikiem odwłóknionej krwi baraniej (5%).

Badań kału wykonano 1138, w tem 356 bakterjologicznych, 782 mikroskopowych, badań moczu, chemicznych, mikroskopowych i bakterjologicznych 1505.

Płyn mózgowordzeniowy badano 1206 razy, w tem 100 bakterjologicznie, 543 mikroskopowo, 543 chemicznie.

Ropę i wysięki zapalne badano 74 razy, mikroskopowo i zapomocą hodowli.

U ozdrowieńców poodrowych pobierano krew celem otrzymania surowicy Degkwitza w 12 przypadkach. Badania na jałowość wykonywała każdorazowo pracownia bakterjologiczna.

Aparat „Vacuform" typu U. D. S. dla dezynfekcji parą formalinowo-wodną o temp. 60—65 st. C. i próżni 60—65 cm słupa rtęci, pozostawał pod stałą kontrolą pracowni bakterjologicznej. Kontrolę wykonywano co 14 dni.

Poza oddziałem zakaźnym korzystały z naszej pracowni inne oddziały szpitalne, jak oddział wewnętrzny I i II, oddział dziecięcy i chirurgiczny, a z Instytutów Uniwersyteckich Instytut Stomatologiczny U. J. K.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok IV, nr. 6, z 15 marca 1930: Zjazd lekarzy szpitalnych. — B. Jakimiak: Ustawa o zakładach leczniczych a rozwój szpitalnictwa. — M. Rutkowski: Nowa ustawa szpitalna a kliniki uniwersyteckie. — St. Mutermilch: Obsadzanie stanowisk lekarskich w szpitalach. Rada szpitalna. — Uchwały I Zjazdu lekarzy szpitalnych. — Z życia Związku lekarzy P. P.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVII, nr. 11, z 16 marca 1930: H. Szancer: Na marginesie reakcji Seliwanowa. — Nowe leki. — Okólniki i rozporządzenia władz. — Ś. p. Benedykt Dybowski. — Sprawy zawodowe.

Młoda matka, nr. 6, z r. 1930: J. Wiszniewski: O t. zw. konwulsjach u dzieci. — M. Stopnicki: Kilka słów o kąpieli niemowlęcia. — T. Lewenfischowa: Pokój dziecka. — J. Dylińska: Matka jako psycholog. — Ryta Gnus: Kształcenie słuchu dzieci w wieku przedszkolnym. — Henna Radlińska: Matka, dziecko i gość. — M. Cz.: Obowiązek miłości.

Nowiny lekarskie, rok XLII, nr. 6, z 15 marca 1930: P. Gantkowski: Ku uczczeniu trzydziestoletniej pracy naukowej i obywatelskiej prof. Eugeniusza Piaseckiego. — M. Wierzuchowski: O dożylnem przyswajaniu cukrów. — T. Wąsowski: Badania doświadczalne nad wpływem rektalnej eterowej narkozy na wątrobę. — J. Zeyland: W sprawie umieralności niemowląt w Poznaniu. — A. Trzecieski: O środkach przeciwgorączkowych (c. d.).

Dziecko i Matka, rok V, nr. 6, z r. 1930: Z. Michalska: Wiersz. Figiel marcowy. — J. J. Hikiertowa: Karność, czy opanowanie. — M. Benisławska: Chore dziecko. — Ewa Szalburg-Zarembina: Wiosenne spostrzeżenia. — J. Pisarczykówna: Jak ubierać dzieci wczesną wiosną. — M. Morzkowska: Jak układać jadłospis dziecka. — Z. Michejdzina: Komplikacje przy karmieniu naturalnem. — M. Dziaidyk-Kłosińska: Jakich chorób wystrzegać się na wiosnę. — F. Łuniewska: Zapalenie płuc.

Pielęgniarka Polska, rok II, nr. 3, z r. 1930: M. Morzkowska: Podstawy diety normalnej (c. d.). — D. Zuberbier: O wyroślach gruczolakowatych u dzieci. — L. Węgrzynowski: O tytule pielęgniarki. — S. Potocka-Ziembińska: Zarys historji organizacji pielęgniarstwa wojskowego w Anglji i w Ameryce.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VII, nr. 12, z 20 marca 1930: J. Mackiewicz: O pewnych zespołach sympatalgicznych oraz ich leczeniu (dok.). — B. Jochweds: W sprawie leczenia niedomogi serca. — W. Czarnocki: Ostra martwica trzustki (Streszcz. zbior. dok.). — M. Landsberg: W sprawie własności troficznych wyciągów trzustkowych. — H. Przetakiewicz: Izolacja szpitalna chorych zakaźnych w Polsce. — L. Zamenhof: Dzieje medycyny (c. d.).

Medycyna warszawska, nr. 6, z 21 marca 1930: J. Bednarz: W sprawie „Folie à deux". — J. V. Supniewski: Badania nad własnościami farmakologicznemi jodowodorku dwuetylendwuaminy. — Z. Dobrowolski: Przypadek płoniczego zapalenia błędników ucha. — Pamiętniki Alfreda Sokołowskiego.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo jugosłowiańskie.

Medicinski Pregled.

1930. Nr. 2. Beograd, Zagreb, Ljubljana, Sofia.

S. Ramzin: *Teorja i praktyka fagoterapji.*

M. Kornfeld: *Stan obecny znajomości przyczyn nowotworów wedle nowych doświadczeń.*

V. V. Nohejl: *Czy zimnica wzrasta, czy zmniejsza się w Serbji południowej.*

C. Plavsić: *Jeszcze jeden przyczynek dla wyjaśnienia okresowości zimnicy w ciągu roku.*

M. Sarvan: *Przyczynek do sprawy encephalitis u dzieci.*

V. Spižić: *Desenzibilizacja.*

A. Hudak: *Leczenie ran stężonym rozczynem nadmanganianu potasu.*

M. Kićevac: *Choroba Addisona u chłopca 15 letniego.*

F. Mihajlević i M. Schlesinger: *Odpowiedź na artykuł: Studjum o płonicy A. P. Deak'a.*

Oceny. — Sprawozdania. — Kronika.

1930. Nr. 3. Beograd, Zagreb, Ljubljana, Sofia.

M. Ambrožić: *Klasyfikacja zaburzeń odżywienia i zaburzeń trawienia u osesków.*

S. K. Ramzin: *Teorja i praktyka fagoterapji.*

D. Antić i D. Borić: *Wpływ adrenaliny na obraz białych ciałek krwi u królika normalnego i po splenectomji.*

M. Milovanović: *Kiła jako przyczyna nagłej śmierci.*

W ciągu 11 lat było w prosektorjum w Belgradzie obdukowanych 397 przypadków zmarłych nagłą (naturalną) śmiercią. W tem było 234 z powodu kiły, a to zmian w tętnicach wieńcowych (173), pęknięcia tętnic mózgowych (37), pęknięcia tętniaka aorty (16), zatoru naczyń mózgowych (3), *ruptura cordis, aneurysma cordis* i t. d.

M. Prica: *Zakażenia brucellą i ich znaczenie epidemjologiczne.*

A. Deak. *Odpowiedź na krytykę p. w.*

Oceny. — Sprawozdania.

Liječnički Vjesnik.

1930. Nr. 1. Zagreb.

Prof. L. Popović: *Zmiany cienia macicy w obrazie histerograficznym.*

Prof. F. Bubanović i Doc. J. Mikšić: *O naszych napojach bezalkoholowych.*

V. Bazala: *Sectio caesarea in mortua.* Dziecko wydobyto żywe w 5 minut po śmierci matki *(meningitis tuberculosa).*

M. J. Budak: *O leczeniu carcinoma inoperabile.*

V. Florschütz: *Leczenie wola w okręgu szpitala w Osieku.*

G. Bogić: *Subluxatio humeri jako zwiastun napadów padaczkowych.*

P. Frank: *O dysmenorrhei i jej leczeniu adysminą.*

G. Petrović: *Sedormid Roche.*

Sprawozdania. — Bibliografja słowiańska. — Dodatek: Staleski Glasnik: sprawy zawodowe, medycyna społeczna.

1930. Nr. 2. Zagreb.

Prof. C. Lian i A. Blondel: *Ostra objawowa hypotensja tętnicza.*

A. Janik (Lwów): *Wyniki leczenia gruźlicy kręgów.*

J. Vlahović: *Sprawozdanie z działalności centralnego instytutu roentgenowskiego w Zagrzebiu* (za 1929).

S. Radojević: *Ulcus pepticum oesophagi.*

I. Petrić: *Leczenie błonicy surowicą zagrzebską.*

M. Kolibaš: *Czy potrzeba u nas jodować sól?*

B. Kokalj-Kowalewska (Warszawa): *Nowy model przenośnego aparatu do odmy piersiowej.*

S. Hadži-Mulić: *Śmiertelność oseskόw wskutek zaburzeń trawienia i rola larosanu w leczeniu tychże.*

J. Hruby: *Leczenie septycznych poronień solvochiną.*

Sprawozdania. — Bibliografja słowiańska.

Leszczyński (Lwów).

Piśmiennictwo francuskie.
La Presse Médicale.

Nr. 16. — 1930.

Louis Ramond: *Bronchopneumonia czy apoplexia pulmonum.* Autor opisuje historję choroby pacjentki lat 68 liczącej, z *insufficientia mitralis.* Pacjentka zgłosiła się do szpitala z wszelkiemi objawami ostrej pleuropneumonji (wedle anamnezy po przeziębieniu). Jednak badanie płynu opłucnowego, chemiczne, cytologiczne i bakterjologiczne nie wskazywało na pochodzenie zapalne. To skierowało rozpoznanie kliniczne na inne tory: że się ma do czynienia z infarktem płucnym w przebiegu wady zastawkowej serca. Sekcja zwłok chorej zmarłej w 14 dniu pobytu w szpitalu wykazuje: 1) Schorzenie nerek: *insuffl. mitral. arteriosclerotaci;* 2) schorzenie płuc: a) *oedema pulmonum,* b) abscesy płuca lewego; Komlikacja w sąsiedztwie abscesów *pleuritis purulenta* otorbiona.

Autor zestawiając wywiady, dane kliniczne z wynikiem sekcyjnym wywodzi następujące wnioski diagnostyczne:

1) Od roku chora nie opuszcza mieszkania z powodu rozpoczynającej się niedomogi sercowej.

2) 15 dni przed zgłoszeniem się do szpitala powstaje u pacjentki zator płucny, którego jedynym objawem jest krwawa plwocina, który to objaw nie został należycie oceniony.

3) 3 dni przed zgłoszeniem się do szpitala dreszcze, gorączka; objawy miejscowe i ogólne wskazują na zropienie zatoru i komplikuje się z *pleuritis serosa* a potem *purulenta.*

4) Jak to często bywa w patologji ludzkiej i tutaj widzimy błędne koło.

Próba Aldricha i Mac. Clune'a *przy phlegmasia alba dolens.* Próba ta polega na obserwowaniu czasu resorbcji pęcherzyka powstałego, przez wstrzyknięcie wśródskórne 0,2 cm² roztworu NaCl 8 : 1000, w miejsce obrzękłe i zdrowe (dla kontroli) — w udo obrzękłe i udo zdrowe, w wypadkach *phlegmasia alba dolens.* Próba ta okazała się bardzo praktyczna ze względu, że pozwala na wnioski bardzo pewne co do prognozy i dalszego postępowania leczniczego. Znaczenie różniczkowe tej próby polega na tem, że tkanka chora znacznie szybciej wchłania pęcherzyk powstały przy zastrzyku wśródskórnym NaCl niż tkanka zdrowa.

Autorowie doszli do następujących wniosków:

Ze stanowiska teoretycznego uznają 2 rodzaje obrzęków przy *phlegmasia alba dolens.* 1) Obrzęk hydrofilny (paraflebityczny), 2) obrzęk anhydrofilny (poflebityczny). 1) Obrzęk hydrofilny, szybkie wchłanianie pęcherzyka — wskazuje, że sprawa chorobowa ma wystąpić, lub trwa jeszcze — nawet gdy obrzęk się zmniejsza — przeciwwskazanie dla fizykalnej terapji. 2) Obrzęk anhydrofilny — t. z. że wchłanianie pęcherzyka jest powolne, nawet przy znacznych obrzękach wskazuje (przy stanie bezgorączkowym), że sprawa się cofa i nakazuje natychmiastowe zastosowanie fizykalnej terapji. Próbę tę należy powtórzyć kilka dni po wyzdrowieniu — hydrofilja oznacza ponowne wystąpienie choroby.

Pasteur Vallery, Radoł i Pierre Delafontaine: *Nerki starców.* Na podstawie swego doświadczenia klinicznego, badań funkcjonalnych i badań na stole sekcyjnym autorowie dochodzą do następujących wniosków:

Zaburzenia funkcjonalne nerek u osobników wiekowych są prawie regułą. Objawiają się one przedewszystkiem w zmniejszonem wydzielaniu fenolsulfoftaleiny.

Więcej zaznaczone zaburzenia nerek występują jako prawdziwa *nephritis* przeważnie utajona.

Lekka azotemia jest bardzo częstą i dobrze znoszoną — rzadko spotyka się azotemję silniejszą. — Klasyczny obraz moczznicy jest u starców bardzo rzadko spotykany.

Wedle autorów, obrzęków pochodzenia czysto nerkowego, prawie nie spotyka się u starców, i że są to przeważnie obrzęki pochodzenia sercowego lub nerkowo-sercowego. Rozpoznanie tu jest często trudne, co należy odnosić do zaburzeń sercowych a nie do zaburzeń ze strony nerek.

Zaburzenia pochodzenia sercowego u starców dotkniętych chorobą nerkową są tak ciężkie, że przewyższają w swem nasileniu objawy pochodzenia nerkowego.

Jeżeli się zatem mówi o *„nephritis chronica"* u starców, jest to tylko sztuczne rozszczepianie zespołu patologicznego albo licznych schorzeń, które się rozwijają u starców równolegle — i wpływają jedne na drugie.

Leczenie migreny wstrzykiwaniami miejscowemi adrenaliny. Wychodząc z założenia, że migrena jest objawem sympatikotonji wybierał autor przy stosowaniu tego leczenia chorych z innemi objawami sympatikotonji, jak: dermografją, midriasis i t. d. W miejscu bolesnem wstrzykiwał adrenalinę w dawce od $^1/_4$—1 mg wzdłuż tętnicy ciemieniowej lub czołowej. Następuje reakcja: po 5—10 minutach drżenie całego ciała, *tachycardia, dyspnoe* i silne podniecenie nerwowe potęgujące się aż do uczucia bliskiej śmierci. Po 15 minutach przechodzi ten stan; chory czuje się dobrze. Z 48 przypadków leczonych przez autora (Vlatos-Ateny) i obserwowanych lat kilka, które to przypadki oporne były wszelkim innym sposobom leczenia 35 wyzdrowiało zupełnie — u 7 osób okazały się nawroty cierpienia — w 6 przypadkach leczenie migreny adrenaliną pozostało bez wpływu. Naogół autor osiągnął rezultat zadowalniający i zachęca do stosowania tej metody.

Nr. 15. — 1930.

A. Gosset, L. Binnet et D. Petit Detallis: *O stosowaniu rozczynów hypertonicznych soli kuchennej w przypadkach niedrożności jelit.* Wychodząc z założenia, że w wypadkach ostrej niedrożności jelit mamy prócz znanych objawów klinicznych obraz hypochloremji — autorowie stosują wtedy wstrzykiwania dożylne hypertonicznych rozczynów soli kuchennej 10 : 100 10 cm², leczenie chirurgiczne pozostaje nadal w swojem prawie. Autorowie podają, że wstrzykiwania te muszą być robione bardzo powoli, by wprowadzony chlor do organizmu mógł się w nim jednostajnie rozdzielić. W bardzo ciężkich wypadkach, stosuje się 20 cm² wspomnianego rozczynu przy równoczesnem wprowadzaniu podskórnem rozczynu fizjologicznego soli kuchennej, a to w pierwszych 24 godzinach. Najkorzystniej działa ta metoda leczenia w wypadkach niedrożności z powodu zwężenia jelita lub zrostów — przy niedrożności z powodu kamieni żółciowych i niedrożności porażennej, przy skrętach (torsji), przy skrzepach w naczyniach mezenterjalnych, leczenie to jest mniej skuteczne, lecz wedle doświadczenia autorów, w wypadkach nawet bardzo ciężkich leczenie to jest często zbawienne. Przy stosowaniu dożylnych wstrzykiwań soli kuchennej trzeba brać w rachubę stan nerek — jednak azotemja jest tu przeciwwskazaniem, bo zostaje wyrównaną przy wprowadzeniu jonów chlorowych. Autorowie popierają swe wywody historjami choroby wypadków niedrożności jelit i to niedrożności ostrej: 1) z powodu zwężenia jelita, lub guza, 2) niedrożności ostrej porażennej, 3) z powodu uwięzgniętej przepukliny, 4) niedrożność jelit ostra u oseskόw. Tu stosuje się z łatwo zrozumiałych względów śródmięśniowo rozczyn fizjologiczny soli kuchennej, równocześnie z lewatywą kroplową, z roztworu fizjologicznego soli kuchennej. Autorowie podkreślają, że gdziekolwiekby było umiejscowienie niedrożności jelit leczenie dożylnemi wstrzykiwaniami hypertonicznym rozczynem soli kuchennej jest bardzo skuteczne, a nawet zbawienne. Czy skuteczność tego leczenia jest w ścisłym

związku ze stopniem chloropenji organizmu to się pokaże wtedy, gdy będzie się ściśle oznaczać ilość chloru w surowicy krwi chorych leczonych tą metodą.

Guy Laroche i Poumeau Delille: Obserwowali chorego, który przez 3 lata cierpiał na ataki reumatyzmu, przy równoczesnem rozwijaniu się cierpienia płucno-opłucnowego. Bakterji Kocha nie można było wykazać w plwocinie chorego. Mimo tego uważają cierpienie płucne jako gruźlicze, jak również reumatyzm u tego chorego ma wedle autorów tło gruźlicze. Przypadek ten był omawiany w stowarzyszeniu lekarzy szpitalnych, w dyskusji wszyscy mówcy prócz prelegentów oświadczyli się przeciw opinji tych ostatnich, twierdząc, że nigdy nie spotkali reumatyzmu, o którymby można twierdzić stanowczo, że jest na tle gruźliczem. Prelegenci są zdania, że do rozpoznawania reumatyzmu na tle gruźliczem wystarczające są objawy kliniczne bez dowodów bakterjologicznych.

Nr. 17. — 1930.

Czy podział schorzeń nerek na „nephritis" i „nephrosis" jest uzasadniony. Na ten temat wypowiedział się Govaertz w towarzystwie lekarzy szpitalnych w Brukseli i dochodzi do wniosku, że oznaczenie choroby nerek mianem nefrozy byłoby zarezerwowane tylko dla następujących przypadków: Znaczne obrzęki pochodzenia niezakaźnego o przebiegu przewlekłym i częstych remisjach. W nerkach znajduje się zmiany ogólne bez zwyrodnienia jako zmiany wtórne przy innych schorzeniach organizmu.

Delherm, Morel, Kahn, Desgrez: *Roentgenoterapja przy syringomyelji.* Autorowie polecają leczenie promieniami Roentgena jako jedynie skuteczne, zdolne powstrzymać postęp cierpienia nawet w wypadkach długo trwających i opornych przy innem leczeniu.

Emile Weil, Isch Wall, Bertrand. W towarzystwie lekarzy szpitalnych w Paryżu autorowie omawiają przypadek następujący: Chłopak 19-letni z wszystkiemi objawami *pericarditis*, badanie roentgenem przedstawia również obraz *pericarditis;* badanie krwi daje typowy obraz białaczki. Badanie sekcyjne wykazuje guz śródpiersia wychodzący z gangliów; guz ten ogarnął osierdzie i dawał obraz *pericarditis*.

Towarzystwo lekarzy szpitalnych w Paryżu. W temże towarzystwie Esbach omawia następujący przypadek: Człowiek 41 lat, okazuje: przy *febris continua* objawy reumatyzmu, *insuffit. mitral. albuminuria*, i wyprysk na twarzy podobny do *lupus erythematodes.* Sprawa skórna przeszła potem na klatkę piersiową i kończyny. Wedle zdania prelegenta (autora) zmiany na skórze u tego chorego, są w związku z *endocarditis lenta*, na którą pacjent cierpiał. Zmiany na skórze polegają wedle autora na zmianach w *endothelium* tętniczek włosowatych. Zmiany te opisane były niedawno przy *endocarditis lenta* przez Merkiena i Wolfa.

C. D. Pleurith: *Bronchopneumonia czy apoplexia pulmonalis.* Komplikacje płucno--opłucnowe wpływają tak na serce, że to odmawia posłuszeństwa, i wywołuje *oedema pulmonum* śmiertelne.

Savy i Dolore: *Przelotny zespół objawów Basedowa w przebiegu pleuritis.* W stowarzyszeniu „narodowem medycyny i wiedzy lekarskiej" w Lionie autorowie omawiali następujący przypadek: W przebiegu *pleuritis sero-fibrinosa* wystąpiły u pacjenta w przeciągu kilku godzin wszystkie główne objawy choroby Basedowa; wytrzeszcz oczu, przyspieszenie tętna i obrzęk tarczycy. Objawy te zmniejszyły się znacznie po 48 godzinach a znikły zupełnie po 10 dniach. Przypadek bardzo niezwykły tak ze względu na równoczesność *pleuritis* i objawów choroby Basedowa jak ze względu na szybkie i zupełne ustąpienie tychże.

Dr. F. Reichowa.

Piśmiennictwo włoskie.

Giornale della R. Academia di Medicina di Torino.

Nr. 3—6. 1929.

Dr. V. Ferrero: *Wpływ ergosteryny naświetlanej na tworzenie się kostniny w złamaniach.* (Referat).

Sprawozdanie z doświadczeń na zwierzętach odnośnie do działania steryn naświetlanych na tworzenie się kostniny w złamaniach. Do doświadczeń brano wyrośnięte samce świnek morskich, którym wykonywano następnie na drodze operacyjnej poprzeczne złamanie trzonu prawej kości łokciowej. Do leczenia używano Vigantol'u. Ze spostrzeżeń autora wynika, że naświetlana ergosteryna (Vigantol) wywiera dodatni wpływ na przemianę mineralną ustroju, i to nietylko w sprawach patologicznych, które cechuje niedostatek soli mineralnych, lecz także w procesach gojenia się złamań. Vigantol przyśpiesza wytwarzanie kostniny. Dawka dobowa ergosteryny naświetlanej powinna być utrzymana w określonych granicach, podawanie większych dawek naświetlanych steryn jest nietylko zbyteczne, lecz może działać nawet szkodliwie.

Piśmiennictwo niemieckie.

Therapie der Gegenwart.

Październik. — 1929.

Prof. Dr. P. Martini (Z Oddziału wewnętrznego szp. św. Jadwigi w Berlinie): *Zespół objawowy hypotonji i jego leczenie.*

Hypotoniczny zespół objawowy cechują: obniżone ciśnienie (poniżej 100 mm Hg), wyczerpanie duchowe, zawroty głowy, skłonność do omdleń, bóle głowy, ucisk w okolicy serca, duszność, chwiejność naczyń skórnych, silne pocenie się, poliurja, fosfaturja, drżenie powiek, spostrzega się również zaburzenia żołądka. W celach leczniczych zaleca się prócz ogólnych środków wzmacniających, pobyt w górach względnie na wsi oraz zabiegi hydroterapeutyczne również Ephetonin'ę. Rozpoczyna się od dawki $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ pastylki Ephetonin'y kilka razy dziennie (czasami do dziesięciu razy). Objawy uboczne szybko ustępują, co pozwala na przejście do wyższej dawki jednorazowej $\frac{1}{2}$ do 1 pastylki. Tym sposobem udaje się w wielu przypadkach usunąć obniżone parcie uwalniające pacjenta od zawrotów głowy i niebezpieczeństwa zapaści, a przedewszystkiem od strachu przed temi stanami. Zdolność do wykonywania codziennych zajęć ulega często znacznemu polepszeniu. O zastosowaniu właściwej *therapia causalis* nie może być oczywiście mowy, dopóki przyczyna omawianego cierpienia nie została wyjaśniona.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 30. X. 1929 r.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Demonstracje: Z kliniki neurolog.-psychjatrycznej.

Kol. Godłowski przedstawia *przypadek Mal-perforant du pied.*

W dyskusji Kol. Szczeklik.

Kol. Mester proponuje jako środek leczniczy cholinę i ergotaminę.

Kol. Godłowski w odpowiedzi.

Kol. Godłowski przedstawia *przypadek acroasphyxia.*

Kol. Brzezicki przedstawia *2 przypadki dystonji.*

Kol. Szczeklik przedstawia *2 przypadki ropni płuc.*

W dyskusji Kol. Maciąg wspomina o podobnym przypadku.

Kol. Reiner przedstawia *przypadek Anaemia hyperchromaemica in ind. luetico.*

Kol. Dziuba przedstawia przypadek *Lues cardiovascularis* ze zmianami w płucach specyficznemi.

W dyskusji Kol. Mester i Kol. Dziuba.

Kol. Bincer przedstawia przypadek *Trombopenia essentialis.*

W dyskusji Kol. Pelczar.

Prof. Latkowski: Te 2 czynniki naczynia i płytki są powodem krwawień w stanach krwotocznych. Nieraz w przypadkach z prawidłową ilością płytek, uszkodzenie naczyń jest przyczyną krwawienia. Dawniej więcej odnoszono te zmiany w skazie krwotocznej do zmian w naczyniach, później do zmian w składzie krwi. Oba czynniki mają znaczenie patognomoniczne.

Posiedzenie z dnia 6. XI. 1929 r.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Przyjęto nowych Członków Kol. Kanarka i Kol. Hirszberżankę.

Prof. Latkowski przedstawia *przypadek Situs viscerum inversus.*

W dyskusji Kol. Blasberg zwraca uwagę, dlaczego rzadko rozpoznaje się *Situs viscerum invers.*

Prof. Latkowski: przypadki *Situs viscer. invers.* niezawsze są dokładnie badane i w tem leży przyczyna rzadkiego rozpoznawania.

W przypadku przedstawianym z powodu *myodegeraratio cordis*, prawe serce jest na lewo powiększone, więc łatwo o pomyłkę.

Kol. Mróz: *demonstracja przypadku ziarnicy złośliwej u dziecka (Epicrys. anatom. patolog.).*

W dyskusji kol. Adamowicz zapytuje czy badano szpik kostny.

Kol. Szczeklik wygłasza odczyt p. t. *W sprawie patogenezy i etjologji dychawicy oskrzelowej.*

W dyskusji zabierają głos: Dr. Glassner porusza sprawę jedności dychawicy oskrzelowej, którą uważa, podobnie jak większość autorów za jednostkę chorobową. Jest zdania, że system nerwowy wegetacyjny odgrywa dużą rolę w etjologji astmy, jak również alergja w niektórych przypadkach jest przyczyną powstawania napadu duszności astmatycznej. Mówi o leczeniu wapnem.

Prof. Szumowski zaznacza, że nie może się zgodzić z twierdzeniem jednego z cytowanych przez prelegenta autorów, jakoby dychawica oskrzelowa i gruźlica płuc nawzajem się wykluczały. Mówca widział w swem życiu w Szczawnicy napewno około 100 przypadków dychawicy oskrzelowej, a w tej liczbie było napewno około 10—15 przypadków, powikłanych gruźlicą płuc. Te przypadki właśnie najtrudniej jest leczyć. Mówca wyraża słowa uznania dla ścisłych badań prelegenta i dla przyszłych ścisłych wskazań, jakie z tych badań wynikną — ale zaznacza, że w praktyce zdrojowej musi się nieraz stosować metody empiryczne, jak np. zabiegi wodolecznicze (półkąpiele, polewanie, natryski), które w przypadkach niepowikłanych gruźlicą płuc dają niekiedy bardzo dobre wyniki, usuwając dychawicę na długie lata. W przypadkach powikłanych gruźlicą płuc zabiegi wodolecznicze, w których zazwyczaj dochodzi się do niskich temperatur są oczywiście przeciwwskazane. Moncorgé autor francuskiego dzieła o astmie — zapatruje się w podobny sposób na znaczenie zabiegów wodoleczniczych w dychawicy oskrzelowej. (Autoreferat).

Kol. Mester zastanawia się, dlaczego napad duszności tak nagle powstaje, skoro nieraz przyczyna napadu działa przez czas dłuższy poprzednio. Sądzi, że w przecukrzeniu krwi, które znajdował prelegent u astmatyków może odgrywać rolę hyperfunkcja tarczycy, a niekiedy zaburzenie wątroby.

Kol. Szwarzbart wypowiada zdanie, że należałoby się zająć badaniem *rhinitis vasomotoria*, gdyż te przypadki są dostępniejsze badaniu. Następnie podkreśla ważność leczenia chorób nosa w astmie.

Prof. Latkowski jest zdania, że dodatni odczyn allergiczny niema dużego znaczenia, natomiast ważniejszą jest rzeczą zbadanie usposobienia (dyspozycji) u astmatyków, do czego może doprowadzić badanie przemiany materji.

Kol. Szczeklik w odpowiedzi.

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie w Szpitalu „Kochanówka" w dniu 22. września 1929 r.

1. Kol. Kiełmuciowa demonstruje przypadek *„Dementia paranoica"* u mężczyzny.

2. Kol. Marzyński demonstruje chorą od lat 11 z urojeniami wielkościowemi. Rozpoznanie: *„Paralysis progressiva"*.

W dyskusji Kol. Frenkiel zaznacza, że przebieg choroby i objawy przemawiają raczej za psychozą okresową u osobnika kiłowego ze względu na długotrwałość choroby i brak pleocytozy.

3. Kol. Dokontowa demonstruje kobietę z okresową psychozą (5 nawrót). Ojciec alkoholik, brat chory umysłowo, w dalszej rodzinie wiele wypadków psychozy. Urojenia wielkościowe bez niedołęstwa umysłowego. Rozpoznanie: *„Postać manjakalna porażenia postępującego"*.

4. Kol. Marzyński demonstruje przypadek *schizofrenji* u 20-letniego mężczyzny.

5. Kol. Kiełmuciowa wygłasza odczyt: *„Zaburzenia psychiczne przy zatruciu dwusiarczkiem węgla"*.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos koledzy Urbach, Hurwicz, Frenkiel i Starzyński.

6. Kol. Marzyński wygłosił odczyt: *„O przypadkowych zatruciach gardenalem"*.

W dyskusji zabierał głos Dr. Frenkiel.

7. Kol. Gontarski wygłosił odczyt: *„Praca, jako czynnik leczniczy w zakładach psychiatrycznych"*.

W dyskusji nad odczytem zabierał głos Dr. Starzyński, dowodząc, że praca umysłowo chorych ma znaczenie nietylko lecznicze, lecz również ekonomiczne i społeczne.

Posiedzenie w dniu 2. X. 1929 r.

Kol. Grosglik pokazuje: 1) Mężczyznę 53-letniego *z ciężką białaczką szpikową, powikłaną wrzodem dwunastnicy.* W ciągu kilku lat białaczki nie rozpoznano, nad całym obrazem górowały objawy ze strony układu trawiennego; jednocześnie — przewlekłe zapalenie nerek, gwałtowne bóle głowy. Naświetlania w trzech serjach śledziony oraz w dwóch wszystkich dostępnych kości doprowadzały stan krwi niemal do normy, a śledzionę do stanu niewyczuwalności. Wraz z rozpoczęciem roentgenoterapji nastąpiła poprawa ze strony układu pokarmowego i nerek: znikły wszelkie bóle po jedzeniu, mocz bez białka i wałeczków, wysoki stopień nadkwaśności (ogólna 82, HCl wolny 70) ustąpił miejsca kwasocie prawie zwykłej (ogólna 52 HCl wolny 42); pod koniec czwartego leczenia widać było jeszcze nisze na tylnej płaszczyźnie opuszki, obecnie zaś — po upływie 7 mies. od chwili rozpoczęcia roentgenizacji — na miejscu, gdzie była nisza, widać jeszcze uwypuklenie na małej krzywiźnie opuszki. Wynik leczenia świadczy o związku przyczynowym między białaczką szpikową a wrzodem dwunastnicy, czego, zdaje się dotychczas nikt jeszcze nie opisywał. Bergman mówi o możliwości powstawania wrzodu trawiennego pod wpływem ucisku ze strony granulomatów lub guzów limfatycznych; sam jednak tego nie widział, a powołuje się tylko na anatomopatologów. Tem ciekawsza, że nasz chory dotknięty jest białaczką szpikową. Prawdopodobnie i zachorzenie było w związku z białaczką: albo, jako następstwo intoksykacji białaczkowej. Przypadek niniejszy służy zwłaszcza za dowód, że wrzód trawienny nieleczony ani dietą ani wewnętrznemi środkami, może się zabliźnić albo być bliskim zabliźnienia pod wpływem działania promieni Roentgena, stosowanych tylko pośrednio, zatem w małych dawkach.

2) 50-letniego mężczyznę *z rakiem trzonu żołądka.* Chemicznie: achylia, krew utajona. Roentgenologicznie: olbrzymi ubytek całego trzonu żołądka. Objektywnie, na przestrzeni 3 cm pod lewym łukiem żebrowym wyczuwa się guz twardy, o którym trudno orzec, czy należy do żołądka czy też jest zsuniętą ku dołowi śledzioną. Sądząc jednak z ogólnych objawów po naświetlaniach, zbyt słabych i nielicujących z następstwami po roentgenizacji śledziony, kol. Grosglik uważa, że guz ten należał do żołądka. Otóż w dwa tygodnie po rozpoczęciu naświetlań, objawy (bóle gwałtowne, biegunka) ustąpiły, a guz pod łukiem żebrowym zniknął. Spostrzeżenie dowodzi, jak dobroczynnie działać mogą promienie Roentgena, choć tylko paliatywnie, nawet w najrozpaczliwszych przypadkach raka układu pokarmowego.

3) Chorego z *Carcinoma in lupo* na prawej ręce w dolnej części przedramienia. 1918: dwie roentgenizacje wilka na ręku, po których reakcja III stopnia i roentgendermatitis, która pozostała dotychczas. Zmiany te stwierdził kol. Grosglik w 1922 r, widząc wtedy po raz pierwszy chorego. Przed 3 laty powstał rak, który się szerzy wzdłuż i wgłąb. Jakkolwiek *Carcinoma in lupo* znana była i przed erą roentgenowską, nie może ulegać wątpliwości, że oparzenie i długotrwałe zmiany natury zapalno-degeneratywnej dały właśnie w tym przypadku pobudkę do bujania rakowatego, jak to już nieraz stwierdzono u roentgenologów i roentgenotechników.

Jednogłośnie upoważniono Zarząd Towarzystwa do podjęcia tytułem pożyczki 15.000 złotych z „Funduszu Budowy domu dla Tow. Lekarskiego" na remont nowego lokalu Tow. Lekarskiego. Jednogłośnie postanowiono przedłużyć „Regulamin tymczasowy Tow. Lekarskiego" na dalsze 3 miesiące. Na zasadzie balotowania przyjęto w poczet członków Towarzystwa następujących kolegów: 1) A. Bendera, 2) L. Boruchowicza, 3) H. Dynkiewicza, 4) Mikona, 5) M. Lesiównę, 6) W. Krasowskiego, 7) S. Makowskiego, 8) M. Rajchmana, 9) M. Urbacha, 10) M. Wajnberga, 11) S. Hajmana, 12) A. Kopciowskiego, 13) J. Wajnsztoka, 14) S. Grynberga, 15) B. Mrówkę, 16) P. Kotoka, 17) P. Wołożyńską, 18) W. Millera, 19) H. Francka, 20) B. Dawidowicza, 21) Akselrada, 22) Szepsa, 23) Iwaszkiewicza, 24) Zieglera, 25) Mazura.

Następnie kolega Z. Danielski (jako gość ze Lwowa) wygłosił odczyt: *„Leczenie tlenem, a sanatorja przyszłości"*.

Posiedzenie z dnia 16. X. 1929 r.

1. Kolega Schweig demonstruje 2 przypadki: 1) młodą kobietę *z jaglicą*, u której pod spojówką górnej powieki stwierdzono mały twardy guz; guz ten po wyłuszczeniu okazał się otorbioną maścią; 2) następnie mężczyznę *z ropnem zapaleniem dróg łzowych*, u którego osiągnięto zupełne wyleczenie stosowaniem Hydrargyrum — fluoresciny.

2. Następnie kol. Polak wygłosił odczyt: *„Choroby allergiczne w praktyce codziennej"* z pokazami chorych oraz metody leczniczej.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos koledzy: Grinberg, Kryszek, Bender, i Frenkiel.

3. Kol. Justman demonstruje *rdzeń młodego mężczyzny z dużym wylewem krwawym;* pacjent podnosząc ciężką skrzynię, poczuł ból w szyjowej części kręgosłupa z uczuciem drętwienia w górnych kończynach, a następnie porażeniem dolnych kończyn i pęcherza.

Wieczór seminaryjny w dniu 23. X. 1929 r.

1. Kol. Skalski stawia wniosek wystąpienia do Ministerstwa Wyznań i Oświecenia o przywrócenie nauczania higjeny w wyższych klasach szkół średnich.

Obecni przyjęli wniosek i przekazali Zarządowi do wykonania.

2. Wysłuchano sprawozdań referatów z XIII zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie. Kol. Mogilnicki zdaje sprawozdanie z Sekcji Pedjatrycznej, w której lekarze Łódzcy wygłosili 6 odczytów. Kol. Kryszek zdaje sprawozdanie z Sekcji Internistycznej, w której lekarze łódzcy wygłosili 10 odczytów. Kol. Starzyński zdaje sprawozdanie z Sekcji Psychiatrycznej. Kol. Helman zdaje sprawozdanie z Sekcji otolaryngologicznej.

Posiedzenie z dnia 6 listopada 1929 r.

1. Kol. Dynkiewicz przedstawia z oddziału dr. Frenkla chorą, która przechodziła 5 miesięcy temu *zapalenie mózgu z objawami wybitnej senności, podwójnego widzenia oraz ślinotoku.* Powyższe objawy obecnie ustąpiły, stwierdza się natomiast twarz maskowatą, oraz ruchy choreatyczne o wielkiej amplitudzie, wzmagające się podczas wysiłku fizycznego i przypominające ruchy hemiballiczne Kusmaula. Kol. Dynkiewicz podkreśla rzadkość występowania podobnych ruchów w parkinsonizmie.

2. Kol. Justman przedstawił z oddziału chorób nerwowych IV Szpitala Wojskowego w Łodzi (ordynator dr. Br. Frenkiel) chorego J. G. lat 28 z *zespołem Benedikta* t. j. porażeniem gałązek nerwu okoruchowego lewego, zaopatrujących mięsień rzęskowy i zwieracz źrenicy, oraz niedowładem prawostronnym, więcej wyrażonym w kończynie górnej prawej, z drżeniem w kończynach porażonych, szczególnie silnem w kończynie górnej, w której drżenie to ma charakter rzucania *(ballismus).* Zespół ten wystąpił względnie nagle koło nowego roku 1928 i od tego czasu utrzymuje się bez zmiany. Ponieważ w narządach wewnętrznych oprócz lekkiego szmeru skurczowego zmian nie znaleziono, Wasserman we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny, odczyn Biernackiego równa się 420', przeto rozpoznano zator małej gałązki *a. cerebri post. sin.*, unaczyniającej między innemi jądro okoruchowe i jądro czerwone. Rozpoznanie przypuszczalne, postawione w klinice neurologicznej warszawskiej, a opiewające: *tuberculoma n. rubri sin.* wobec braku absolutnego jakichkolwiek oznak gruźlicy wyłączono. (Autoreferat).

3. Koledzy Maślanka i Grosglik pokazują 21-letnią chorą z *Sclerosis dissem.;* V. 29: *paraparesis;* chora nie może chodzić, chwieje się i przewraca. Babiński obustronny. *Clonus patellaris, Nystagmus* w lewo. Odruchy brzuszne, z wyjątkiem prawego górnego, zniesione. 31. V. — 18. VI. 29: roentgenoterapja mlecza. Stan 21. X. 29. chód pewny, z lekka ataktyczny. OK tylko wzmożone, OA normalne. Babiński obustronnie nieobecny. Rossolimo i Mendel-Bechterew dodatnie. Odruchy brzuszne prawostronne i lewostrenny górny zachowane. Bóle i zawroty głowy. Stan podobny do majowego istniał już przed trzema laty i poprawił się samoistnie, to samo więc mogło nastąpić i tym razem. Z uwagi jednak na zwykłą trwałość objawu Babińskiego, a poniekąd i zniesienie odruchów brzusznych, wpływ promieni Roentgena w tym wypadku jest bardzo prawdopodobny.

4. Kol. Grosglik pokazuje 30-letnią *z lymphogranulomatosis.* Początek — rok przed zgłoszeniem się. XII. 28: bóle brzucha, dreszcze, poty, gorączka, chudnienie. I. 29: pierwsze gruczoły widoczne. IV. 29: wystąpił kaszel i swędzenie. 11. V. 29: w jamie nadobojczykowej prawej duży guz nierówny. Kaszel, duszność. Śledziona nie wyczuwalna. Pod łukiem żebrowym prawym, jak również w całym brzuchu wyczuwa się konsystencja wzmożona, brzuch bardzo bolesny. W płucach na dużej przestrzeni świsty, miejscami oddech oskrzelowy, egofonia. Roentgenologicznie: guz śródpiersia. Krew: Hb 40; Er. 2,900.000; aniso i — pojkilocytoza, leukopenia, brak eozynofilji, objaw opaskowy dodatni, oporność krwinek zniżona. 11. V. — 18. VI. 29. naświetlanie śródpiersia, w głębi 40—45% HED. Odrazu poprawa: ustąpienie swędzenia, rozejście się guza nad obojczykiem bez naświetlania. Po czterech miesiącach: stan b. dobry, chora pracuje. Od kilku dni swędzenie silne. Nad prawym obojczykiem trzy gruczoły wielkości laskowego orzecha i mniej. Roentgenologicznie: płuca jasne, prawidłowe cienie wnękowe; ledwo dostrzegalne cienie śródpiersia na wysokości łuku aorty. W płucach tylko cokolwiek drobnych rzężeń. Znaczna poprawa ze strony krwi.

5. Kolega Jelenkiewicz przedstawia kobietę 25-cio letnią, chorą od trzech lat. Choroba zaczęła się od zaparcia stolca, od czasu do czasu dostawała silnych bólów brzucha w postaci kolki, napady takie przypominały *subileus* lub kolki nerkowe, względnie kolki żółciowe. Cierpienie to kol. Jelenkiewicz rozpoznaje jako *Dolichosigmę* ze wszystkiemi charakterystycznemi objawami: 1) kolki, 2) *obstipatio* 3) *subileus.*

6. Kol. Hurwicz wygłosił odczyt pod tytułem: *„Patologja urazowa Łodzi".* Rzecz ukaże się w druku.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos koledzy: Miklaszewski, Sterling, Frenkiel, Śliwiński, i mówca.

7. Kol. Sew. Sterling zdaje sprawozdanie ze „Zjazdu Lekarskiego w Wilnie"; uzupełnia niektóremi szczegółami sprawozdanie wygłoszone na poprzedniem posiedzeniu; omawia wykłady ogólne prof. Marchlewskiego, Godlewskiego, Piaseckiego, i Świętosławskiego; podkreśla udział w Zjeździe lekarzy łódzkich, którzy wygłosili 10 odczytów, co stanowi 10% wszystkich referatów internistów; interniści, jako też pediatrzy, zajęli trzecie miejsce pośród miast polskich pod względem ilości wygłoszonych referatów; zwraca uwagę na to, że pomimo wielkiej ilości tematów — nie było tam tematów terapeutycznych w przeciwieństwie do zjazdów dawniejszych; mówi dalej o rezolucjach zjazdu, o żądaniach stworzenia poradni przeciwgruźliczych, o skasowaniu monopolu spirytusowego, o konieczności wychowania fizycznego; nie zapomina wytknąć błędów organizacyjnych, (np. brak dyskusji z winy prelegentów, którzy po wygłoszeniu referatu wychodzili). Porównywując zjazd ze zjazdami poprzedniemi — podkreśla zwłaszcza wysoki charakter naukowy zjazdu.

H. Ruegier.

Warszawski Związek Przeciwweneryczny.

Protokół posiedzenia Zarządu z dnia 4. XII. 1929 r.
Przewodniczący: Prof. Fr. Krzyształowicz.

Obecni: Prof. F. Krzyształowicz, Dr. Jan Adamski, Dr. Leon Wernic, Dr. Jerzy Reise, Dr. Wiktor Borkowski.

1. Przyjęto protokół posiedzenia z dnia 11. XI. 1929 r.

2. Przyjęto do Związku Przeciwwenerycznego w charakterze członka Ośrodek Zdrowia w Nowym Dworze (powiat warszawski).

3. Po zasięgnięciu informacji w firmie Koch w Warszawie, oraz w firmie B. Żurkowski w Warszawie co do do ceny aparatu fotograficznego i epidjaskopu uchwalono przyjąć ofertę firmy B. Żurkowski i nabyć dla celów propagandy przeciwwenerycznej powyższe aparaty w cenie zł 3,320 (słownie złotych trzy tysiące trzysta dwadzieścia).

4. Uchwalono zwrócić się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z podaniem o udzielenie Związkowi Przeciwwenerycznemu zapomogi rządowej w wysokości zł 10.000 na prowadzenie propagandy przeciwwenerycznej.

5. Po odczytaniu przez skarbnika stanu wpływów od kas chorych tytułem składek członkowskich uchwalono ściągać składki od swych członków kas chorych według klucza: jeden grosz od ubezpieczonego.

6. Sekretarz zdał sprawozdanie z delegacji do województw: Stanisławowskiego, Krakowskiego, Lwowskiego i Tarnopolskiego.

7. Po wysłuchaniu sprawozdania sekretarza uchwalono, by członkowie Zarządu przedłożyli na następnem posiedzeniu wnioski w sprawie tego sprawozdania.

8. Projekt oceny liczbowej działalności przychodni przeciwwenerycznych odłożono do następnego posiedzenia.

Sekretarz: *Dr. W. Borkowski.*

SPRAWY ZAWODOWE.

Statut Kasy Pogrzebowej przy Izbie Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej. Przyjęty na posiedzeniu Rady Izby L. W. B. w dniu 20 maja 1928 roku, i zatwierdzony przez Naczelną Izbę Lekarską w dniu 4 grudnia 1928 roku.

1. Cel Kasy.

§ 1. Celem Kasy jest wydawanie jednorazowych sum ubezpieczeniowych rodzinom zmarłych członków, lub osobom uprawnionym.

2. Skład Kasy.

§ 2. Do Kasy obowiązani są należeć wszyscy członkowie Izby. Od tego obowiązku mogą być zwolnieni na własne żądanie: 1) ci, którzy są członkami odpowiednich Kas przy innych Izbach Lekarskich, 2) ci, którzy są lekarzami mniej niż 2 lata.

3. Przyjmowanie do Kasy, prawa i obowiązki członków.

§ 3. Składki obowiązują następujące:

1. do 30-go roku życia	zł. 1 gr. 50
2. od 30-go do 40-go roku	zł. 2 gr. 50
3. powyżej 40-go roku	zł. 3 gr. 50

od każdego wypadku śmierci.

Przechodzenie z jednej grupy wiekowej do drugiej określa się na początku każdego roku kalendarzowego.

§ 4. Zarząd Izby w poszczególnych wypadkach, na wniosek Komisji (p. § 19), uwzględniając stan materjalny członka — przenieść go może czasowo z wyższej grupy wiekowej do następnej niższej. Ogólna liczba tych uwzględnień nie może przekraczać 10% ogólnej liczby członków Kasy.

§ 5. Członkowie obowiązani są wpłacać z góry za 5 wypadków śmierci w ciągu 2-ch tygodni od chwili wezwania.

§ 6. Członkowie, nie wpłacający w terminie, ponoszą karę w wysokości 2-ch procent miesięcznie oraz rzeczywiste koszty ściągania składek.

§ 7. Wniesione przez członków Kasy składki — w żadnym wypadku nie podlegają zwrotowi.

§ 8. W przypadku śmierci członka Kasy, który pomimo wezwań nie płacił składek w ciągu roku, pozostała po nim rodzina, względnie osoby uprawnione — tracą prawo do sumy ubezpieczeniowej.

§ 9. Suma ubezpieczeniowa oblicza się według sumy wpłat należnych od wszystkich grup (z uwzględnieniem § 4), po potrąceniu na administrację 5%. Przy wypłacie premji ubezpieczeniowej potrąca się zaległe składki członkowskie, przynależne Izbie.

§ 10. Zarząd wypłaca — natychmiast po przedstawieniu aktu zejścia — rodzinie, względnie osobom uprawnionym zł 2.000 (dwa tysiące), a resztę w miarę wpływów, najpóźniej w ciągu 3-ch miesięcy. W wypadku, gdy Zarząd będzie zmuszony do ściągania składek drogą administracyjną lub sądową, suma brakującą będzie wypłacona po jej ściągnięciu.

§ 11. Członek Kasy, który płacił składki w ciągu lat 30-tu i ukończył 65 lat życia, na własne żądanie, może być zwolniony od wnoszenia dalszych składek, zachowując prawa członka Kasy.

§ 12. Każdy członek Kasy składa przy wstąpieniu do Kasy w zapieczętowanej kopercie własnoręcznie podpisaną deklarację, komu — w razie jego śmierci, ma być wypłacona suma ubezpieczeniowa. Deklaracje te mogą być zmieniane. W braku deklaracji, sumę wypłaca się w porządku następującym: 1) żonie, względnie mężowi, 2) sierotom, 3) krewnym wstępnym (rodzicom, dziadkom). W braku wymienionych krewnych Kasa wypłaca rzeczywiste koszty pogrzebu, nie przekraczające w żadnym razie sumy ubezpieczeniowej — osobie zajmującej się pogrzebem. O ile koszty pogrzebowe są niższe od sumy ubezpieczeniowej, różnicę przelewa się na kapitał zapasowy.

§ 13. Każdy członek Kasy jest obowiązany zawiadomić najpóźniej w ciągu tygodnia o zmianie swego adresu.

4. Wykreślenie z Kasy.

§ 14. Członkowie, wykreśleni na zasadzie wyroków sądowych z listy członków Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, automatycznie przestają być członkami Kasy.

§ 15. Wykreśleni z innych powodów, jak również przenoszący się na teren innej Izby, mają prawo nadal pozostawać członkami Kasy, o ile wykonywać będą dobrowolnie obowiązki, wypływające ze statutu; nie wpłacający składek w ciągu 3-ch miesięcy zostają skreśleni z listy członków Kasy.

5. Fundusze Kasy.

§ 16. Fundusze Kasy składają się z kapitałów:
1) obrotowego,
2) zapasowego.

Kapitał obrotowy tworzy się ze składek członków i jest przeznaczony na wypłacanie sum ubezpieczeniowych i na koszta administracyjne.

Kapitał zapasowy tworzy się: a) z salda istniejącego kapitału zapasowego i pozostałości kapitału wsparć, b) z kar (§ 6) i c) z różnicy, powstającej po wypłacie rzeczywistych kosztów pogrzebu (§ 12), i jest przeznaczony na pokrywanie czasowe niedoborów, według uznania Komisji.

6. Zarządzanie sprawami Kasy.

§ 17. Kasą zarządza Komisja w liczbie 5-ciu osób: 4-ch członków wybiera Rada, a 5-ego deleguje Zarząd z liczby swych członków, jako przewodniczącego.

§ 18. Do Komisji należy prowadzenie spraw Kasy:
a) nadzór nad należytem wpłacaniem składek,
b) wydawanie sum ubezpieczeniowych,
c) prowadzenie Ksiąg Przychodu i Rozchodu,
d) składanie sprawozdań rocznych Radzie Izby.

§ 19. Komisja wybiera zastępcę przewodniczącego, sekretarza i skarbnika. Czeki podpisują 2-ie osoby z pośród 3-ch osób Prezydjum, przyczem podpis skarbnika obowiązuje.

§ 20. Komisją Rewizyjną dla Kasy jest Komisja Rewizyjna Izby.

§ 21. W razie konieczności ściągania składek drogą przymusu, Komisja Kasowa występuje z wnioskiem do Zarządu Izby

7. Postanowienia ogólne.

§ 22. Rada zatwierdza sprawozdanie roczne.

§ 23. Rok sprawozdawczy liczy się od 1 stycznia do 31 grudnia włącznie.

§ 24. Zmiana Statutu, względnie likwidacja Kasy, uwzględniona być może na wniosek Zarządu Izby przez Radę Izby większością $^2/_3$ głosów wszystkich członków Rady. Rada poweźmie decyzję co do przeznaczenia sum pozostałych po likwidacji Kasy.

§ 25. Rada Izby ma prawo w razie wojny lub katastrofy zmienić wysokość składek.

§ 26. Sumy, wypłacone przez Kasę, nie podlegają żadnym zastrzeżeniom, lub aresztom, nie mającym związku z zadaniem Kasy.

Uwaga. Statut niniejszy wchodzi w życie po zatwierdzeniu przez Izbę Naczelną w 2-a tygodnie po ogłoszeniu przez Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Od Zarządu Głównego Związku Lekarzy Słowiańskich w Polsce otrzymujemy następujący komunikat. Wobec licznych zapytań o terminie III-go Zjazdu Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy, który ma się odbyć w r. b. w Splicie, Zarząd Główny Związku Lekarzy Słowiańskich w Polsce komunikuje, że na zjeździe Komitetu Centralnego Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy, odbytym 18 grudnia 1929 r. w Pradze, było zdecydowane na zaproszenie lekarzy Jugosłowiańskich, że Zjazd odbędzie się w pierwszej połowie września w Splicie. O bliższym terminie mieliśmy otrzymać zawiadomienie. Przed paru dniami (15 marca), Zarząd Główny otrzymał pismo od Komitetu Jugosłowiańskiego, że po szeregu posiedzeń organizacyjnych, odbytych w Belgradzie, i Zagrzebiu na wniosek lekarza miejskiego Splitu Dra Racić'a, termin Zjazdu został wyznaczony na 5—7 października r. b. Motywowano to tem, że wobec pełnego sezonu we wrześniu w Splicie, nie byłoby mieszkań dla gości zjazdowych i dlatego termin przesunęli na październik. Po otrzymaniu tej wiadomości, Zarząd Główny natychmiast odpisał Zarządowi Jugosłowiańskiemu, że termin jest zbyt późny, gdyż wykłady w naszych uniwersytetach zaczynają się 1-go października wobec czego ani profesorowie, ani docenci, ani asystenci uniwersytetu nie mogliby wziąć udziału, że wobec

tego prosi o przesunięcie terminu Zjazdu o 2 tygodnie wcześniej t. j. na 21—23 września, a w ostateczności na 28—30 września.

Po otrzymaniu odpowiedzi od Komitetu Jugosłowiańskiego, Zarząd Główny Związku Lekarzy Słowiańskich w Polsce, poda do wiadomości publicznej członkom Związku Lek. Słowiańskich w Polsce. Zarząd Główny jednocześnie komunikuje, że organizacja strony naukowej III-go Zjazdu, została powierzona prof. Gjorgji Joanović'owi z Belgradu i prof. K. Radonicić'owi z Zagrzebia (medicinska klinika ul. Draskovicewa 19). Referaty i streszczenia należy zgłosić do jednego z powyżej wymienionych profesorów, do końca czerwca, a jednocześnie podać tytuł o zgłoszonych referatach Zarządowi Głównemu Związku Lekarzy Słowiańskich w Polsce (Warszawa — Niecała 7). Tematy programowe są: cierpienia gośćcowe i klimatoterapja morza. Prezes Zarządu Głównego Związku Lek. Słow. w Polsce Dr. med. B. Jakimiak.

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego poświęcone sprawom szpitalnictwa odbyło się we wtorek dn. 25 marca 1930 r. 1. J. Rutkowski: O organizacji oddziału chirurgicznego. 2. Wł. Borawski: Budowa szpitali i sanatorjów gruźliczych w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej w związku z I-szym Międzynarodowym Kongresem Szpitalnictwa w Atlantic City.

Posiedzenie Polskiego Towarzystwa Oto-Laryngologicznego odbyło się we czwartek, dn. 27 marca 1930 r. o godz. 8-ej wiecz. w Zakładzie Leczniczym Dra Czarneckiego przy ul. Zgoda Nr. 8. Porządek dzienny: 1. Pokaz chorych. 2. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia. 3. Dr. Kmita: pokaz roentgenogramów. 4. Dyskusja nad pokazem kol. Chorążyckiego: operacja kosmetyczna nosa. 5. Dr. Tryjarski: pokaz odłamka szrapnela, usuniętego z nosa. 6. Komunikaty Zarządu. 7. Wolne wnioski.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. VIII posiedzenie naukowe odbyło się dn. 21 marca 1930 z następującym porządkiem dziennym: 1. Kol. W. Nowicki: Preparaty anatomopatologiczne (pokazy). 2. Kol. W. Pisek: Rzut oka na rozwój medycyny wewnętrznej w ostatniem 50-leciu (wykład). W dyskusji zabierali głos Kol.: Sołowij, Dobrzański, Stauber, Węgrzynowski, T. Ostrowski, Ziembicki.

Kraków.

Jubileuszowy Zjazd Balneologiczny w Krakowie. Wydział Polskiego Towarzystwa Balneologicznego odbył dnia 16-go b. m. pod przewodnictwem profesora L. Korczyńskiego posiedzenie, na którem ustalono program Zjazdu Balneologicznego. Posiedzenie inauguracyjne odbędzie się w Auli Uniwersytetu Jag. 12 kwietnia o godz. 10.30. Następne posiedzenia będą się odbywać w sali wykładowej kliniki neurologicznej.

Pierwszy dzień wypełnią wykłady, poświęcone ogólnym sprawom zdrojownictwa. Drugi dzień został przeznaczony na wykłady kliniczne z zakresu schorzeń na tle niezborności wegetatywnej i konstytucjonalnej. W pierwszym dniu będą przemawiać: prof. Uniw. pozn. Dr. Gantkowski, docent Uniw. Jana Kazimierza Dr. Sabatowski, Dr. Wasowicz, Dr. Żuliński, inż. Zaczyński z Katowic; w drugim dniu: doc. Uniw. warsz. Dr. Melanowski, profesor Uniw. Jag. Dr. Walter, docent Uniw. Jag. Dr. Szymanowicz, Dr. Stachurska, pułkownik-lekarz Dr. Maciąg, Dr. Schwarzbart, Dr. Mester, Dr. Cybulski, Dr. fil. Ruebenbauer. Na pomieszczenie Wystawy Balneologicznej uzyskano salę w Muzeum Przemysłowem.

Dnia 7. III. b. r. posiedzeniu Rady Wydziału lekarskiego U. J. odbyło się uroczyste wręczenie dyplomu doktora medycyny honoris causa rektorowi prof. Dr. Leonowi Marchlewskiemu w uznaniu jego wielkich zasług na polu nauki i zasług dla Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Z Tow. Miłośników historji medycyny. W niedzielę, 23 III. odbyło się walne zebranie Towarzystwa z następującym porządkiem dziennym: 1) Sprawozdanie i wybór zarządu, 2) Dr. Tadeusz Bilikiewicz: „Jan Jonston, polski lekarz i przyrodnik XVII wieku".

Poznań.

Zarząd Poznańsko-Pomorskiego Zrzeszenia Lekarzy zawiadamia o odbytem Walnem Zgromadzeniu Zrzeszenia dnia 16. III. 1930 r. w Poznaniu (Belweder) z nast. porządkiem dziennym: 1. Zagajenie. 2. Odczytanie protokółu poprzedniego Waln. Zgromadz. 3. Sprawozdanie roczne Zarządu. 4. Dyskusja. 5. Wybory do władz Zrzeszenia. 6. Wolne wnioski. Do Zarządu wybrano: pp. Dra Kazimierza Koronkiewicza (prezes), Dra K. Lewińskiego (wiceprezes), Dra St. Tomaszewskiego (sekretarz), Dra Stan. Schilda (skarbnik) i Dra Ant. Cholewo (przewodn. biura pośr. pracy lek.). Do Komisji Rewizyjnej zostali wybrani: pp. Dr. Dyduch, Dr. Kerz i Dr. Sujkowski; do Sadu Koleżeńskiego: pp. Dr. Jackowski, Dr. Gintyłło i Dr. A. Stejnowa.

Wyjaśnienie.

W sprawie referatu Dra Blassberga p. t.: „Nowoczesne leczenie cukrzycy w zdrojowiskach" otrzymaliśmy od autora wyjaśnienie, że Redakcja „Nowin Lekarskich" która otrzymała prawo zbiorowego wydawnictwa Pamiętnika ze Zjazdu w Krynicy bez zezwolenia autora (przez przeoczenie) wydrukowała ten referat w „Nowinach Lekarskich", który przez Dra B. został wysłany z Krynicy do naszego czasopisma.

Osobiste.

Dr. Henryk Szczodrowski mianowany został Dyrektorem Szpitala Św. Łazarza w Warszawie.

Dr. Eugenjusz Piestrzyński, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia, został odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi.

Sprostowanie.

W „Polskiej Gazecie Lekarskiej" Nr. 6 podano mylnie, że lekarze Szpitala Św. Łazarza w Krakowie złożyli 680 zł na fundusz ś. p. Prof. Dr. Rosnera zamiast na Bratnią Pomoc medyków Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Z kraju.

Ruch służbowy w Państwowej Służbie Zdrowia za m. luty 1930 r. W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia. Mianowani: Jędrzejowska Aniela, pracownik kontraktowy w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie, do odwołania technikiem laboratoryjnym w IX st. sł. w tymże Zakładzie, dekretem z dnia 11. II. 1930 r. — Przeniesieni: Wiszniewski Ludomił, prowizoryczny rejestrator w X st. sł. w Państwowym Zakładzie Higjeny, na zasadzie art. 52 ustawy o państwowej służbie cywilnej, w dotychczasowym charakterze i stopniu służbowym do Zarządu Centralnego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych dekretem z dnia 1. II. 1930 r.

We Władzach I instancji. Mianowani. Dr. Onoszkowicz Jacyna Władysław, kontraktowy lekarz powiatowy w Starostwie powiatowem w Horochowie, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sł. w temże Starostwie, dekretem z dnia 12. II. 1930 r. Dr. Pilecki Łazarz, prowizoryczny urzędnik w VII st. sł. w Starostwie Grodzkiem w Krakowie, lekarzem powiatowym w VII st. sł. w temże Starostwie, dekretem z dnia 25. II. 1930 r. Dr. Wojciechowski Czesław, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII. st. sł. w Starostwie powiatowem w Gostyninie, lekarzem powiatowym w VII st. sł. tamże dekretem z dnia 25. II. 1930. r.

Uchwały I-ego Zjazdu lekarzy szpitalnych. Pierwszy zjazd lekarzy szpitalnych Rzeczypospolitej Polskiej, zebrany w Warszawie w dn. 2 marca 1930 r. na wielkiej sali Tow. Higjenicznego uchwala:

1. Sprawy sanitarne kraju powinny być skupione możliwie w jednem ministerstwie (jednym resorcie).

2. Opracowanie przepisów wykonawczych do rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych z dn. 22. III. 1928 r. powinno być dokonane z uwzględnieniem opinii uniwersyteckich wydziałów lekarskich i lekarzy szpitalnych.

3. Należy usamodzielnić pod względem leczniczym kliniki, znajdujące się w obrębie szpitali.

4. Dopuszczalne są w szpitalach i klinikach oddzielne pomieszczenia sanatoryjne, korzystające jednak z urządzeń szpitalnych, administrowane dochodowo przez zarząd szpitala, a prowadzone lekarsko przez lekarzy szpitalnych lub dyrektorów klinik za wynagrodzeniem, otrzymywanem od pacjentów. W takim oddziale sanatoryjnym dopuszczalne jest przyjmowanie przychodnich chorych prywatnych przez lekarzy szpitalnych lub dyrektora kliniki.

5. Dążenie do skasowania dotychczas praktykowanego sposobu wynagradzania lekarzy szpitali zachodniej Polski należy powstrzymać, a nawet starać się wprowadzić je w innych

dzielnicach (jako uzasadnienie — rezolucja prof. Karwowskiego).

6. Ponieważ ustawa z dnia 22. III. 1928 r. nie uwzględnia specjalnego charakteru szpitali kongregacyjnych, byłoby pożądane, by przy opracowywaniu rozporządzenia wykonawczego do ustawy szpitalnej był przedstawiciel episkopatu, jako rzeczoznawca, celem uwzględnienia odrębnego charakteru szpitali zakonnych.

7. Dobro chorego wymaga, by stanowisko ordynatora obsadzano z konkursu fachowo-naukowego; ścisłe opracowanie warunków konkursu, w zastosowaniu do wszystkich b. dzielnic Polski, poleca się Głównej Komisji Szpitalnej.

8. W akcie obsadzania stanowisk lekarskich w szpitalach miast uniwersyteckich należy zapewnić głos wydziałom uniwersyteckim.

9. Tak zwane magazynowanie ordynatorów, którzy konkurs z wynikiem dodatnim odbyli jest pożądane przedewszystkiem ze względu na obsadzanie stanowisk w szpitalach miast prowincjonalnych.

10. Ordynatorem może zostać tylko specjalista, w myśl mającej się ukazać ustawy. Do czasu jej wydania należy wymagać co najmniej pięcioletniej odnośnej praktyki szpitalnej.

11. Co się tyczy wynagrodzeń lekarzy w szpitalach i ich uposażenia emerytalnego, władze miarodajne powinny wydać specjalną ustawę uposażeniową dla lekarzy. Starania w tym kierunku — to obowiązek zawodowych organizacyj lekarskich.

Przytem: a: starać się o zwiększenie płatnych stanowisk lekarskich w szpitalach;

b) lekarze, pracujący w zakładach zamkniętych (np. dla obłąkanych) i na oddziałach zakaźnych, winni mieć uposażenie wyższe, niż inni lekarze szpitalni na równorzędnych stanowiskach;

c) zrównać uposażenia lekarzy w szpitalach, nie mających prawa publiczności, z poborami lekarzy w szpitalach publicznych:

d) przy obliczaniu czasu do emerytury zaliczyć należy lekarzom czas przymusowo spędzony na wojnie światowej, oraz starać się, by dla roentgenologów czas był o 20% skrócony, ze względu na szkodliwość warunków pracy w tej specjalności.

12. Należy powołać przy Głównej Komisji Szpitalnej podkomisję naukową, która zajęłaby się opracowaniem regulaminów i ogólnego postępowania przy szkoleniu młodych abiturjentów medycyny przez szpitale miast wielkich, w czasie odbywania przez nich przymusowego rocznego stażu szpitalnego, oraz planowanego w przyszłości stażu dla specjalistów.

Posady do objęcia i miejscowości do osiedlenia się.

1. Okręgowy Związek Kas Chorych we Lwowie zawiadamia, że są do objęcia następujące posady w Kasach Chorych: 1. Lekarza pedjatry (przedewszystkiem kobiety) do zakładu leczniczego w Iwoniczu na sezon od 1. V. — 30. IX., z płacą 300 zł. mieszkaniem i całkowitem utrzymaniem. — 2. Lekarza w ambulatorjum Pow. Kasy Chorych w Kałuszu, z siedzibą w Wojniłowie, z płacą 400 zł, ładnem mieszkaniem; nadto zapewnione są posady lekarza okręgowego, szkolnego i sądowego. — 3. Lekarza w Lecznicy Pow. Kasy Chorych w Dolinie, z siedzibą w Broszniowie, z płacą 600 zł. oraz mieszkaniem.

2. Powiatowa Kasa Chorych w Skolem ogłasza konkurs na posady lekarzy kasowych w Synowódzku Wyżnem i Tucholce. Wymagana przynajmniej dwuletnia praktyka szpitalna, nieprzekroczony 40 rok życia. Wynagrodzenie według umowy, z tem, że zapewnione jest w obu miejscowościach mieszkanie. W Synowódzku lekarz kasowy może otrzymać również stanowisko lekarza okręgowego. — Podania z odpisami należy wnosić do Zarządu Pow. Kasy Chorych w Skolem do 15. III. 1930.

3. W Stojanowie i Witkowie Nowym powiatu Radziechowskiego potrzebni są lekarze. Bliższych wiadomości udzieli lekarz powiatowy Dr. Rudolf Stenzel, Starostwo Radziechów.

4. Zarząd Gminy wyznaniowej żydowskiej w Międzyrzeczu Podlaskiem ogłasza konkurs na stanowisko dyrektora Szpitala i dwóch ordynatorów. Oferty z podaniem warunków i opisem biegu życia, należy wnosić do 1. IV br. do Zarządu Gminy wyznaniowej żydowskiej w Międzyrzeczu Podlaskiem.

5. W Lubieszowie, Pow. Kamień Koszyrski, jest do obsadzenia posada lekarza rejonowego w ambulatorjum, z płacą 400 zł miesięcznie, nadto z praktyki można mieć 1000—1200 zł mies. — W promieniu 30 km. niema lekarza. — Bliższych informacyj udziela apteka J. Dylewskiego.

6. Wydział Powiatowy w Przemyślanach rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Przemyślanach. Wymagana praktyka lekarska w szpitalach. Pobory XII. st. służb., szczebel a, dodatki kancelaryjne i koszta podróży. Termin wnoszenia podań 1. IV. 1930 do Wydziału powiatowego.

7. Stanowisko dyrektora Szpitala Św. Wincentego à Paulo w Lublinie jest do obsadzenia przez Radę Fundacji tegoż Szpitala. Szpital posiada oddziały: wewnętrzny, nerwowy, umysłowy, chirurgiczny, i położniczo-ginekologiczny, z łączną liczbą łóżek 328. Pobory VI. st. służbowego płac urzędników państwowych. Podania należy wnosić do 1. IV, w sekretarjacie Rady Fundacji. Lublin, pl. Litewski 3.

8. Stanowisko dyrektora Szpitala Sejmikowego pod wezwaniem Św. Karola w Puławach ma do obsadzenia Wydział powiatowy w Puławach (Woj. Lubelskie). Szpital ma 70 łóżek i oddziały: wewnętrzny, chirurgiczny, poł.-ginekologiczny i zakaźny. Pobory VII względni VI st. służbowego płac urzędników państwowych. Podania należy wnosić do 1. IV do Wydziału pow. Sejmiku Puławskiego w Puławach.

9. Okręgowy Związek Kas Chorych w Łodzi ma do obsadzenia posady ordynatora chirurga na 130 łóżek, ordynatora ginekologa na 50 ł., ordynatora terapeuty na 75 ł., ordynatora neurologa na 35 ł., ordynatora laryngologa na 20 ł., prosektora i konsultanta okulistę. Podania należy wnosić do 10. III.

W sprawie obowiązku odbywania jednorocznej praktyki szpitalnej przez lekarzy. Na mocy rozporządzenia p. ministra spraw wewnętrznych z dn. 15 lutego r. b. rozporządzenie w powyższej sprawie (vide N. Sp. Lek. Nr. 19 r. 1929), wydane d. 27 lipca r. ub. obowiązywać zacznie nie od 1 marca, lecz dopiero od 1 lipca 1930 r.

Urząd Naczelnego Komisarza do spraw walki z epidemjami. Na mocy rozporządzenia Rady ministrów z dn. 7 lutego r. b. powołany został powyższy Urząd na czas od 1 stycznia do 31 grudnia 1930 r.

Centralny Instytut Wychowania Fizycznego w Warszawie. Na mocy rozporządzenia władz z dn. 9 grudnia 1929 r. państwowy instytut wychowania fizycznego w Warszawie i centralna szkoła wychowania fizycznego w Poznaniu zostały złączone w jeden zakład naukowy pod nazwą: Centralny Instytut wychowania fizycznego w Warszawie na Bielanach.

Blankiety na świadectwa lekarskie. Wobec tego, że świadectwa wystawiane przez lekarzy często nie odpowiadają obowiązującym przepisom, Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej nie będzie nadal zaświadczać własnoręczności podpisów lekarzy na świadectwach, wystawianych nieformalnie. Koledzy, chcący tego uniknąć, winni wydawać świadectwa na specjalnych drukach, jakie nabywać można w kancelarji Związku L. P. P. po 3 grosze za egzemplarz.

Ze świata.

III Międzynarodowy Kongres Radjologiczny odbędzie się w Paryżu w lipcu 1931 roku, pod protektoratem P. Prezydenta Rzeczypospolitej francuskiej i pod przewodnictwem honorowem Pani Curie-Skłodowskiej. Kongres ten obejmie następujące sekcje: 1) radjodiagnostyczną, 2) leczenia promieniami Roentgena i radem, 3) radjobiologiczną, 4) radjofizyczną, 5) leczenia promieniami słonecznemi naturalnemi i sztucznemi, 6) elektrologji leczniczej. Wszelkich bliższych wyjaśnień w sprawie Kongresu zasięgnąć można w Sekretarjacie jego pod adresem: Dr. Ledoux-Lebard, Paris (VIII-e) 122 Rue la Boëtie.

Kurs leczniczy w Berck-Plage. W tygodniu przedświątecznym od 14 do 19 kwietnia r. b. odbędzie się w szpitalu morskim w Berck-Plage (Pas de Calais) pod osobistym kierunkiem prof. Sorrel'a cykl wykładów wraz z zajęciami praktycznemi z zakresu leczenia gruźlicy konstnostawowej i gruczołowej. Wykłady obejmować będą: 1. Leczenie próchnienia kręgów. 2. Leczenie zapalenia stawu biodrowego (mal de Pott). 3. Leczenie gruźlicy stawu kolanowego (tumor albus). 4. Leczenie cierpień gruźliczych kończyny górnej. 5. Leczenie cierpień gruźliczych kończyny dolnej. 6. Leczenie cierpień gruźliczych kostnych i gruczołowych. Opłata wynosi 150 franków. Bliższych informacyj udziela dr. Delahaye — Hôpital maritime Berck-Plage (Pas de Calais).